

Technická univerzita v Liberci

Ekonomická fakulta

Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: Pojišťovnictví

Hodnocení kvality a postavení zdravotnických zařízení na trhu zdravotní péče

Evaluation of the quality and position of the health facilities on the health
care market

DP-EF-KPO-2010-18

Bc. ANDREA MAŠTÁLKOVÁ

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., katedra pojišťovnictví

Konzultant: Ing. Martin Veselý, katedra pojišťovnictví

Počet stran: 100

Počet příloh: 2

Datum odevzdání: 5. 5. 2010

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci, 5. 5. 2010

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, které mi v průběhu psaní této práce poskytla.

Dále bych ráda poděkovala konzultantovi Ing. Martinu Veselému za jeho odbornou pomoc.

V neposlední řadě děkuji své rodině za materiální a především morální podporu, jež se mi od nich po celou dobu studia dostávala.

Anotace

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotnických zařízení a jejich postavení na trhu zdravotní péče v České republice.

Práce obsahuje teoretické charakterizování trhu zdravotní péče, kde je objasněn komplexní zdravotnický systém v České republice včetně soustavy zařízení poskytujících zdravotní péči. Dále se diplomová práce zaměřuje na financování zdravotnických služeb včetně charakteristiky zdravotních pojišťoven a na porovnání zdravotnického zařízení a podniku.

Poslední část diplomové práce se zabývá analyzováním kvality zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Analýza byla provedena na základě dotazníkového šetření a zjištěné výsledky byly porovnány s údaji uveřejněnými neziskovou organizací HealthCare Institute, který se každoročně zabývá komplexním hodnocením zdravotnických zařízení.

Klíčová slova

Zdravotnický systém, zdraví, zdravotnické služby, zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovna, kvalita zdravotní péče.

Annotation

This diploma thesis is focused on health care institutions problems and their status on the health care market in the Czech Republic.

The work involves a theoretical characteristic of the health care market and explains a system of the health care in the Czech Republic with the inclusion of the system of institutions providing health care. The work also deals with financing of health services and health insurance companies. It compares health institutions and companies.

Last part of the work analasys the quality of the health care in General Hospital in Mladá Boleslav. The analasys uses a method of questionnaires and the results are compared with data provided by non-profit- making organization Health Care Institute which, every year, globally evaluates health care institutions.

Key words

Health care system, health, medical and hospital services, medical facility, health insurance company, quality health care.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Seznam použitých zkratk a symbolů | 10 |
| Seznam tabulek | 12 |
| Seznam obrázků | 13 |
| Úvod..... | 14 |
| 1 Teoretické charakterizování trhu zdravotní péče | 16 |
| 1.1 Zdravotní stav obyvatelstva a vymezení pojmů zdraví a nemoc | 16 |
| 1.2 Legislativa upravující zdravotnictví v České republice | 18 |
| 1.3 Zdravotnický systém a zdravotní politika | 19 |
| 1.3.1 Ukazatele zdravotního stavu | 19 |
| 1.4 Koncepce zdravotnického systému v České republice | 22 |
| 1.4.1 Současný model zdravotní péče | 22 |
| 1.5 Charakteristika zdravotnických zařízení | 23 |
| 1.5.1 Typologie zdravotnických zařízení | 24 |
| 1.5.2 Provozování zdravotnických zařízení | 25 |
| 1.5.3 Účastníci trhu zdravotní péče a jejich vzájemné vazby | 26 |
| 1.6 Soustava zařízení poskytující zdravotnické služby | 28 |
| 1.6.1 Ambulantní péče | 29 |
| 1.6.2 Ústavní (lůžková) péče | 31 |
| 1.6.3 Pohotovostní a záchranná služba | 32 |
| 1.6.4 Dispenzární péče | 32 |
| 1.6.5 Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky | 32 |
| 1.6.6 Lázeňská péče | 33 |
| 1.6.7 Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách | 33 |
| 1.6.8 Závodní preventivní péče | 33 |
| 1.6.9 Ostatní zařízení | 33 |
| 2 Financování zdravotnických služeb v České republice..... | 35 |
| 2.1 Financování veřejného zdravotní pojištění | 35 |
| 2.1.1 Plátcí pojistného | 35 |
| 2.1.2 Výše a způsob placení pojistného | 36 |
| 2.2 Zdravotní pojišťovny | 36 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.3 | Role státu při zajišťování zdravotních potřeb | 39 |
| 2.3.1 | <i>Historie financování zdravotní péče ze strany státu</i> | 40 |
| 2.3.2 | <i>Makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví</i> | 41 |
| 2.4 | Péče o zdraví a ekonomické aspekty | 44 |
| 2.4.1 | <i>Ekonomické aspekty péče o zdraví</i> | 44 |
| 2.4.2 | <i>Ekonomické aspekty zdravotnických služeb</i> | 46 |
| 2.5 | Principy financování zdravotnických zařízení v České republice..... | 48 |
| 2.5.1 | <i>Financování ambulantní zdravotní péče</i> | 49 |
| 2.5.2 | <i>Financování akutní lůžkové péče</i> | 54 |
| 2.5.3 | <i>Financování lékáren</i> | 56 |
| 2.5.4 | <i>Financování léčiv</i> | 57 |
| 3 | Zdravotnické zařízení jako podnik | 58 |
| 3.1 | Ekonomické činnosti zdravotnického zařízení..... | 59 |
| 3.1.1 | <i>Zásobování</i> | 59 |
| 3.1.2 | <i>Vlastní poskytování zdravotnických služeb</i> | 60 |
| 3.1.3 | <i>Pomocné a obsluhující činnosti</i> | 60 |
| 3.1.4 | <i>Výstupní činnosti zdravotní péče</i> | 61 |
| 3.1.5 | <i>Řízení a správa</i> | 61 |
| 3.2 | Podmínky pro činnost zdravotnického zařízení | 62 |
| 3.3 | Hospodaření zdravotnického zařízení..... | 63 |
| 3.3.1 | <i>Náklady</i> | 64 |
| 3.3.2 | <i>Výnosy</i> | 65 |
| 3.3.3 | <i>Hospodářský výsledek</i> | 65 |
| 4 | Měření kvality ve zdravotnických zařízeních | 68 |
| 4.1 | Kvalita zdravotní péče | 68 |
| 4.2 | Předmět hodnocení | 68 |
| 4.3 | Způsoby měření | 69 |
| 4.4 | Vyhodnocení kvality | 71 |
| 4.5 | Měření kvality zdravotní péče v České republice | 72 |
| 4.5.1 | <i>Kvalita očima pacientů</i> | 72 |
| 4.5.2 | <i>Nemocnice ČR</i> | 76 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5 | Analýza kvality zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav | 78 |
| 5.1 | Historie Oblastní nemocnice Mladá Boleslav | 78 |
| 5.2 | Cíle práce a stanovení hypotéz | 78 |
| 5.3 | Metodologie..... | 79 |
| 5.3.1 | <i>Metoda výzkumu</i> | 79 |
| 5.3.2 | <i>Realizace výzkumu</i> | 80 |
| 5.4 | Výsledky šetření | 82 |
| 5.4.1 | <i>Cíl 1</i> | 82 |
| 5.4.2 | <i>Cíl 2</i> | 87 |
| 5.4.3 | <i>Hypotéza 1</i> | 88 |
| 5.4.4 | <i>Hypotéza 2</i> | 88 |
| 5.4.5 | <i>Hypotéza 3</i> | 89 |
| 5.4.6 | <i>Hypotéza 4</i> | 90 |
| 5.4.7 | <i>Hypotéza 5</i> | 91 |
| 5.4.8 | <i>Hypotéza 6</i> | 91 |
| | Závěr | 93 |
| | Seznam použité literatury | 95 |
| | Seznam příloh | 100 |

Seznam použitých zkratk a symbolů

| | |
|-------|---|
| % | procento |
| ALPHA | akreditační standardy v agendě pro vedení programů akreditace |
| apod. | a podobně |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| DRNR | doprava raněných, nemocných a rodiček |
| EFQM | European Foundation for Quality Management (Model evropské ceny za jakost) |
| FN | fakultní nemocnice |
| FO | fyzická osoba |
| GDP | gross domestic product (hrubý domácí produkt) |
| ISO | International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro standardizaci) |
| ISQ | International Society for Quality in Health Care (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví) |
| JCIA | Joint Commission International on Accreditation (Společná komise pro mezinárodní akreditace) |
| Kč | korun českých |
| mil. | milion |
| MZČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| např. | například |
| OECD | Organization for Economic Cooperation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) |
| ON | oblastní nemocnice |
| PL | psychiatrická léčebna |
| PO | právnícká osoba |
| pozn. | poznámka |
| PPP | purchasing power parity theory (teorie parity kupní síly) |

| | |
|------|--|
| QALY | Quality Adjusted Life Year (rok získaného života ve standardní kvalitě |
| RTG | rentgenové záření |
| RÚ | rehabilitační ústav |
| s. | strana |
| Sb. | sbírky |
| SÚKL | Státní ústav pro kontrolu léčiv |
| SZO | Světová zdravotnická organizace |
| tj. | to jest |
| TUL | Technická univerzita v Liberci |
| tzv. | tak zvaný |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| vyd. | vydání |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tab. 1 - Počet zdravotnických zařízení v roce 2008..... | 28 |
| Tab. 2 - Zdravotní pojišťovny působící na území ČR | 38 |
| Tab. 3 - Výdaje na zdravotnictví z GDP v letech 2003 - 2007 | 42 |
| Tab. 4 - Výdaje na zdravotnictví v přepočtu na paritu kupní síly v roce 2007 | 43 |
| Tab. 5 - Bodová hodnota základních výkonů lékaře pro děti a dorost | 51 |
| Tab. 6 - Bodová hodnota základních výkonů lékaře pro dospělé..... | 51 |
| Tab. 7 - Nejúspěšnější fakultní nemocnice a ústavy v roce 2009..... | 74 |
| Tab. 8 - Nejúspěšnější psychiatrické léčebny v roce 2009 | 74 |
| Tab. 9 - Nejúspěšnější rehabilitační ústavy v roce 2009..... | 74 |
| Tab. 10 - Navržené certifikáty „Spokojený pacient“ v roce 2010..... | 76 |
| Tab. 11 - Bodové škály a váhy otázek | 82 |
| Tab. 12 - Nejlepších 5 nemocnic s kódem 102..... | 87 |
| Tab. 13 - Nejlepší 3 nemocnice Středočeského kraje..... | 87 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obr. 1 - Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatelstva..... | 17 |
| Obr. 2 - Dvourozměrná typologie..... | 24 |
| Obr. 3 - Organizační schéma zdravotnického systému ČR..... | 27 |
| Obr. 4 - Mapa ambulantních lékařů v roce 2008 | 30 |
| Obr. 5 - Vývoj počtu ambulantních lékařů v letech 1990 – 2008 | 30 |
| Obr. 6 - Počet lůžek v nemocnicích v roce 2008..... | 31 |
| Obr. 7 - Počet lékáren na jednoho obyvatele v roce 2008..... | 32 |
| Obr. 8 - Systém veřejného zdravotního pojištění | 39 |
| Obr. 9 - Organizační struktura ambulantního specialisty - stomatologa..... | 61 |
| Obr. 10 - Organizační struktura fakultní nemocnice | 62 |
| Obr. 11 - Grafické znázornění hypotézy 2 | 89 |
| Obr. 12 - Grafické znázornění hypotézy 3 | 90 |
| Obr. 13 - Grafické znázornění hypotézy 4 | 90 |
| Obr. 14 - Grafické znázornění hypotézy 5 | 91 |
| Obr. 15 - Grafické znázornění hypotézy 6 | 92 |

Úvod

Dostupnost zdravotní péče je dána Ústavou České republiky, která nařizuje státu zajistit úplnou a hospodárně obstarávanou péči pro své obyvatele, což je také jeden z cílů zdravotní politiky každého státu. Dosavadní studie však prokazují, že stávající právní řád České republiky sice řeší dostupnost zdravotní péče, ale ne komplexně. Komplexnost zdravotní péče v sobě zahrnuje především finanční dostupnost, sociální dostupnost a geografickou dostupnost. Nejméně řešeným ukazatelem je v současné době geografický ukazatel, jež v sobě zahrnuje nejen rozmístění zdravotnických zařízení po republice, ale také časovou dostupnost.

Společně s otázkou dostupnosti souvisí především kvalita zdravotní péče, která je měřitelná prostřednictvím ukazatelů, jež jsou uvedeny v Registru národních ukazatelů výkonnosti a kvality zdravotní péče. Jednotlivé ukazatele mají vypovídací schopnost o veškerých činnostech zdravotnického zařízení včetně prostředí, vybavenosti a techniky. Pro zjištění výsledku jsou ukazatele porovnávány s ukazateli ostatních zemí či zdravotnických zařízení.

U politiků je nyní nejčastějším předmětem diskuzí reforma zdravotní péče, která má za úkol zvýšit tok financí do zdravotnictví, ale za podmínek nezruinování státní pokladny a zachování dostupnosti péče pro všechny obyvatele České republiky. Naopak veřejnost v posledních letech neustále zvyšuje své požadavky na zdravotní péči, která by měla být především kvalitní a dostupná. Avšak to, co v minulých letech bylo pro klienty zdravotnických zařízení nadstandardem, je nyní pouhým průměrem.

Z důvodu zjištění požadavků ze strany pacientů i ze strany zdravotnických zařízení, se provádí výzkumná šetření. Jedním subjektem, který se na projekty ohledně celostátního měření nemocnic v České republice zaměřuje, se zabývá také tato diplomová práce. Pomocí vlastního výzkumného šetření a použití dostupných výsledků je provedeno zhodnocení kvality zdravotní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení, jež má za cíl informovat nejen případné pacienty, ale především management zdravotnického zařízení.

Obsah práce je rozdělen do pěti základních kapitol. První kapitola se zabývá teoretickým charakterizováním trhu zdravotní péče, v jejíž souvislosti jsou zde popsány jednotlivé ukazatele trhu. Mezi základní ukazatele patří např. zdraví včetně jeho definování, zdravotnický systém v České republice a jeho vývoj, anebo druhy zdravotnických zařízení začleněné do soustavy poskytující zdravotnické služby.

Druhá kapitola se zaměřuje na dva základní způsoby financování zdravotnických služeb v České republice, přímé a nepřímé. Součástí kapitoly je financování veřejného zdravotního pojištění, které je v České republice uzákoněno a jehož podstatnou součástí jsou zdravotní pojišťovny. Není zde opomenuta ani důležitá role státu v oblasti financování.

Třetí kapitola se věnuje porovnáním zdravotnického zařízení a podniku. Kapitola se zaměřuje nejen na specifika a odlišnosti zdravotnických zařízení oproti ostatním podnikům v ekonomické sféře, ale také poukazuje na shodné rysy obou subjektů. Kvalita zdravotní péče je charakterizována ve čtvrté kapitole. Součástí jsou způsoby hodnocení kvality zdravotnických zařízení včetně projektů hodnocení v České republice.

Empirická část zabývající se analýzou kvality zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav je popsána v kapitole pět, kde je charakterizována metodologie výzkumu včetně jeho realizace pomocí dotazníkového šetření. Součástí jsou výsledky šetření, pomocí kterých autorka nejprve potvrzuje či vyvrací stanovené hypotézy a dále na jejich základě zařazuje Oblastní nemocnici Mladá Boleslav do žebříčku „Nemocnice České republiky 2009“.

Cílem této práce je charakterizovat zdravotnická zařízení na trhu zdravotní péče v České republice a zjistit kvalitu poskytované péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Zjištěné výsledky ze statistického šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav následně porovnat s výsledky projektu „Nemocnice České republiky 2009“ uveřejněnými HealthCare Institute.

1 Teoretické charakterizování trhu zdravotní péče

Trh zdravotní péče je charakterizován jako trh s nedokonalými informacemi a nedokonalou konkurencí, kde se setkává nabídka v podobě zdravotnických zařízení s poptávkou, kterou představují obyvatelé. Rozdílnost oproti ostatním ekonomickým trhům spočívá ve zvýšené regulaci závislé mimo jiné na kvalitním a profesionálním řízení zdravotnických zařízení. Mezi další odlišnosti lze zařadit např. asymetrické informace, výskyt pozitivních (úspory z modernějších technologií) i negativních externalit (přenosnost nákazy), charakter veřejného statku apod. [9] Specifika a shodnosti subjektů trhu zdravotní péče s ostatními ekonomickými subjekty jsou konkrétněji popisovány v kapitole 3.

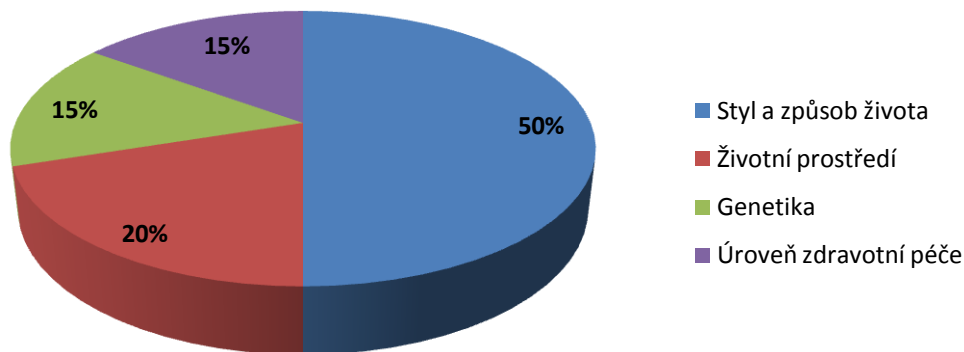
Následující subkapitoly se zabývají zdravím, komplexním charakterizováním zdravotnického systému v České republice včetně soustavy zařízení, která poskytuje služby zdravotní péče.

1.1 Zdravotní stav obyvatelstva a vymezení pojmů zdraví a nemoc

Zdravotnímu stavu obyvatelstva se věnuje vědní disciplína s názvem epidemiologie, která vychází ze tří základních předpokladů:

- nemoc se neobjeví náhodně,
- nemoc je spojena s ukazateli, které se dají rozpoznat studiem populace v určité oblasti a čase,
- zjištěnými poznatky lze přispět k lepšímu zvládnutí zdravotních problémů.

Zdravotní problémy lidstva by se neměly spojovat pouze se zvýšenou nemocností či úmrtností. Komplexně jsou zdravotní problémy spjaty s rozsáhlou škálou sociálních, ekonomických, kulturních a dalších aspektů. Existují určité faktory (obrázek 1), které zdravotní stav obyvatelstva ovlivňují. [5]



Obr. 1 - Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatelstva

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [5]

V literatuře se pojmy zdraví a nemoc vysvětlují rozdílně a najít přesné definice je velmi obtížné. Oba pojmy jsou spolu úzce spjaty a velmi propojeny s biologickými, psychickými a sociálními faktory. Zdraví a nemoc je tedy podmíněna multifaktoriálně – bio-psycho-sociálně. [6] [8]

Následující odstavec vystihuje různé definování zdraví a nemoci, které mohou být v podobě strohých definic či naopak volných definic, vyžadující představivost:

- „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady (část ústavy SZO),
- zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí (prof. dr. R. Bureš),
- zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí (prof. dr. A. Žáček),
- zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si i milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možnostmi rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví (Ottawa Charter for Health Promotion – 1986),

- *zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím (Halfdan Mahler, generální ředitel SZO – 1988),*
- *zdraví stojí za to, abychom se ptali a zkoumali jaké je, proč je takové, a co společně uděláme pro jeho zlepšení. Zdraví stojí i za to, abychom to udělali (biomedicínský a ekologicko-sociální model zdraví),*
- *nemoc je objektivní stav, jako subjektivní odraz ve vědomí, jako důvod poskytnutí zdravotnické služby.*¹

1.2 Legislativa upravující zdravotnictví v České republice

Kompletní legislativu, která upravuje zdravotnictví v České republice, lze rozdělit do čtyř kategorií:

- pracovníci ve zdravotnictví,
- zdravotní pojištění,
- ochrana veřejného zdraví,
- zdravotní péče.

Tato diplomová práce není zaměřena na komentování právních předpisů, proto je zde uveden pouze strohý výčet nejdůležitějších z nich.

- Listina základní práv a svobod podle Ústavního zákona č. 1/1993 Sb., a usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb.
- Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči.
- Zákon č. 20/1960 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění.
- Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.
- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, české stomatologické komoře a české lékárnické komoře.
- Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně v platném znění.
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých pojišťovnách.

¹ HOLČÍK, J., aj. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*, 1. vyd. Brno: Nár.centrum ošetř.a nelék.zdrav.oborů, 2005. s. 13-14. ISBN 80-7013-417-8.

- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
- Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

V roce 2009 byl přijat návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se o jeden z návrhů zákonů k reformě zdravotnictví, o kterém se vedou bouřlivé diskuze. Dalším návrhem je změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

1.3 Zdravotnický systém a zdravotní politika

Zdravotnický systém lze charakterizovat pomocí tří hledisek. Za prvé se jedná o hledisko národohospodářské, dle kterého je zdravotnictví jedním z odvětví hospodářství, které vyrábí zdravotnické služby. Druhé hledisko poukazuje na zdravotnický systém jako na soustavu zdravotnických zařízení a institucí, tedy na organizačně-institucionální odvětví. V neposlední řadě je zdravotnický systém charakterizován jako subsystém systému péče o zdraví. Komplexně se zdravotnický systém v každé zemi snaží pomocí různých aktivit vykonávat prevenci, léčit a rozvíjet fyzickou i duševní zdatnost společnosti. [4] [8] [10]

Historický vývoj zdravotnického systému vznikl postupně z potřeb denního života a o celkový rozvoj se zapříčinila především zdravotní politika realizovaná prostřednictvím státu, jež v současné době patří mezi základní ukazatele každého zdravotnického systému uvedené v následující subkapitole.

1.3.1 Ukazatele zdravotního stavu

Ukazatele zdravotní stavu slouží k vyhodnocování výsledků zdravotních opatření ze strany státu nebo zdravotnického zařízení a sledují zdravotní stav obyvatelstva. Zdravotní indikátory byly definovány Světovou zdravotnickou organizací a lze je porovnávat

v jednotlivých státech. Vzhledem k velkému množství ukazatelů zdravotního stavu, jsou k určitému vyhodnocování vybírány pouze některé. Mezi ty nejdůležitější patří:

- úmrtnost (mortalita) – frekvence úmrtí v populaci
- nemocnost (morbidita) – počet nemocných danou nemocí k určitému časovému úseku ku počtu obyvatel,
- smrtnost (letalita) – v % vyjádřený počet úmrtí na danou chorobu k počtu všech nemocných touto chorobou,
- incidence – počet nově vzniklých případů určité nemoci za časový úsek,
- prevalence – počet zdravotních problémů či nemocí ve vybrané populaci k určitému datu,
- specifická nemocnost – poměr počtu případů určitého onemocnění v dobře informované skupině lidí ku celkovému počtu osob v této skupině,
- počet potratů na 100 narozených,
- výskyt zhoubných novotvarů,
- výskyt pohlavních nemocí,
- výskyt závažných infekčních nemocí,
- hlášená onemocnění tuberkulózou,
- vývoj onemocnění diabetem,
- *dispenzarizovaná*² onemocnění pacientů evidovaných u praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost a v alergologických ordinacích,
- vrozené vady,
- pracovní neschopnost pro nemoc a úraz,
- nemoci z povolání,
- psychiatrická vyšetření a duševní onemocnění v ambulancích,
- apod. [37]

Údaje o ukazatelích zdravotního stavu jsou získávány např. z národních zdravotních registrů, výkazů a zdrojů v rámci Národního zdravotního informačního systému, údajů o činnosti zdravotnického zařízení.

² dispenzarizovaný – včasné aktivní vyhledávání a léčení osob, kteří potřebují soustavou preventivní nebo léčebnou péči

Ostatními ukazateli zdravotnického systému jsou zajištění dostupnosti základní zdravotní péče pro obyvatele, financování zdravotní péče, vztahy mezi účastníky koloběhu poskytování zdravotní péče a účast státu na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení. [4] [6]

Zdravotní politika bývá často součástí programů různých politických stran a je zakomponována do jejich volebních programů. Začlenění politického myšlení do zdravotní péče vede např. k podpoře privatizace či naopak k jejímu zastavení, zavedení či odmítnutí poplatků u lékaře, větší či menší regulace zdravotnictví ze strany státu apod. [6]

„Jednotlivé cíle zdravotní politiky jsou formulovány ve vládních programech, jejichž platnost je dlouhodobá. V ČR mezi nejdůležitější vládní programy patří Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR; Zdraví pro všechny v 21. století; Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012; Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením; Národní akční plán sociálního začleňování; Národní akční plán zdraví a životního prostředí ČR; Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017.“³

Jako základní prostředky zdravotní politiky jsou uváděny:

- zákony a vyhlášky, ve kterých jsou uvedeny základní vztahy mezi poskytovatelem, plátcem a uživatelem zdravotní péče,
- financování zdravotní péče, které vymezuje zákroky hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zákroky nadstandardní, které si uživatel zdravotní péče hradí v plné výši nebo se podílí určitou částkou,
- tvoření sítě zdravotnických zařízení, která zabezpečuje zdravotní péči,
- vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- sbírání informací a jejich zpracování a vyhodnocení,
- podpora vědy a výzkumu,
- léková politika. [6]

³ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 117–118. ISBN 978-80-7367-592-9.

Ať už patří zdravotní politika mezi hlavní kritérium rozlišení koncepce zdravotnických systémů, odborníci se shodují především v tom, že doposud neexistuje ideální zdravotnický systém. [4]

1.4 Koncepce zdravotnického systému v České republice

Celý systém zdravotní péče v České republice je založen na několika principech. Jedná se především o tyto:

- princip solidarity,
- velký podíl samosprávy,
- vícezdrojové financování, u kterého převažuje podíl veřejného zdravotního pojištění,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- svobodná volba zdravotní pojišťovny,
- dostupnost poskytovaných služeb, která je stejná pro všechny účastníky veřejného zdravotního pojištění. [24]

1.4.1 Současný model zdravotní péče

Dnešní model zdravotní péče je model národního zdravotního pojištění založený na povinnosti vyplývající ze zákona. Každý občan musí platit zdravotní pojištění jako procentuální podíl ze svého příjmu. Zákonné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany bez výjimky. Existuje také skupina ekonomicky neaktivních obyvatel, za něž pojistné hradí stát.

Hlavní princip spočívá v poskytování zdravotní péče pojištěncům, aniž by ji přímo hradili. Roli zde hrají zdravotní pojišťovny, které mají se zdravotnickými zařízeními uzavřené smlouvy. Náklady plynoucí z poskytnutí zdravotní péče jsou hrazeny z veřejných zdrojů. Část zdravotní péče je financována přímo ze státního rozpočtu. Jedná se například o hygienický dozor a ochranu veřejného zdraví, vakcinační programy, programy na podporu zdraví apod.

V systému zdravotní péče působí i soukromý sektor, kterému jsou náklady za ošetření a zákroky hrazeny přímo od pacientů. Tato zdravotnická zařízení jsou sice součástí zdravotní péče v České republice, ale nepatří do veřejného zdravotního pojištění. Většinou je takovýto typ zdravotnického zařízení využíván nejbohatší vrstvou a svým pacientům, často i zahraničním, nabízí estetickou medicínu, laserové oční operace, zubní péči a nadstandardní preventivní programy.

Současný zdravotnický systém v České republice v sobě nese liberální prvky decentralizovaného systému při široké garanci dostupnosti zdravotní péče. Politické kroky nyní směřují dvěma směry. Na výběr je ještě větší liberalizmus, nebo naopak státní regulace. Jakékoliv kroky však zachovávají významnou úlohu státu, která vyplývá z Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod, kdy má stát zabezpečit a zajistit každému občanovi dostupnou zdravotní péči. [41]

1.5 Charakteristika zdravotnických zařízení

Spojení „zdravotnické zařízení“ doposud nebylo přesně definováno a existuje několik pohledů na tento pojem. Jedním z nich je i charakterizování zdravotnického zařízení jako místa, kde má zdravotnický personál nástroje a přístroje k výkonu lékařské praxe, a která jsou spojena s dobrou pověstí zdravotnického personálu nebo jejich dobrými vztahy s pacienty. [23] Autorka si zdravotnické zařízení představuje a vymezuje ho jako celek, který je tvořen nejen materiálním zabezpečením, ale i nemateriálním zabezpečením v podobě profesních znalostí a morálních hodnot, které má právo provozovat zdravotnickou činnost a jedná tak v dobrém úmyslu pomoci.

Mezi hlavní funkce zdravotnických zařízení patří především tyto služby:

- pomáhat udržet zdraví a předcházet jeho poškození,
- diagnostikovat a léčit poruchy zdraví a navracet pacienty do normálního života nezávislého na druhých,
- prodlužovat, zlepšovat a zkvalitňovat život,
- zajišťovat péči přiměřenou, kvalitní, hospodárnou a spravedlivou. [4]

1.5.1 Typologie zdravotnických zařízení

Typologii zdravotnických zařízení se rozumí rozčlenění institucí z praktického hlediska tak, aby byly zřejmé obecné a zvláštní vlastnosti, tzn. různorodé možnosti efektivního řízení různých typů. Žádná typologie nemůže být stabilní a nehybná, protože účelem je řešení praktických problémů, které se vyvíjejí v čase a je potřeba časový horizont akceptovat. Základním rozdělením jsou zdravotnická zařízení s jednoduchou typologií a s dvourozměrnou.

Do jednoduché se zařazují ambulantní a lůžkové instituce, preventivní, rehabilitační centra, instituce pro akutní a chronickou léčbu, primární, sekundární a terciální léčbu a vzniklé na bázi medicínských oborů. Každý z tohoto pohledu je užitečný v různé situaci a při řešení odlišných úloh.

Dvourozměrná typologie vychází z kombinace hledisek klasifikace a tříd institucí a je zde přímo konfrontován účel této klasifikace. Tento způsob je účelný v dotváření změn. Graficky je dvourozměrná typologie znázorněna v obrázku 2. [4]



Obr. 2 - Dvourozměrná typologie

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [4]

Z obrázku je zřejmý postup, který určuje posloupnost služeb zdravotnických zařízení. Např. u posloupnosti kontaktů je nejdůležitější primární péče, kam spadá praktický lékař, gynekolog a stomatolog. Na druhém místě je sekundární péče, která následuje

po doporučení lékařů primární péče a jedná se o specializovanou ambulantní či odbornou nemocniční péči. Jako poslední v řadě je péče terciální, což znamená vysoce specializované a komplexní péče, které bývají velmi nákladné a pacienti jsou doporučováni po konzultaci v sekundární péči. Obdobný je přístup i u faktoru naléhavosti, místa poskytování či činnosti instituce. [4]

1.5.2 Provozování zdravotnických zařízení

Provozování zdravotnických zařízení je možno rozlišit ze dvou pohledů. Za prvé se jedná o užší pojetí, které představuje vztah mezi lékařem a pacientem a s tím související otázky jako např. lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace, revers apod. Za druhé je širší pojetí, do kterého se zařazuje okolí zdravotnického zařízení a jeho postavení vůči ostatním státním či nestátním subjektům, které ovlivňují jeho chod a existenci.

Z pohledu založení zdravotnického zařízení je možné rozeznat zdravotnická zařízení státu a zařízení, která jsou provozována soukromými subjekty, tzn. právnickými či fyzickými osobami. Mezi státní a obecní zdravotnická zařízení, která zřizuje MZČR jako rozpočtové nebo příspěvkové organizace s právní subjektivitou, patří podle vyhlášky⁴ ministerstva zdravotnictví tyto subjekty:

- fakultní a ostatní nemocnice, které kromě základní léčebné péče poskytují také specializovanou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření,
- vybrané odborné léčebné ústavy,
- krajské hygienické stanice,
- hygienické stanice hlavního města Prahy.

Nestátní zdravotnická zařízení jsou dle zákona⁵ vymezena jako jiná než zdravotnická zařízení státu. Kromě soukromých zařízení lze za nestátní považovat i zařízení zřízená krajskými úřady a obcemi. Postup při založení je totožný s nestátními zařízeními, avšak

⁴ Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic ČR

⁵ Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

odlišnost spočívá v regulaci zvláštními normami podle vyhlášky⁶ MZČR. Dle stejné vyhlášky se nestání zdravotnická zařízení segmentují na:

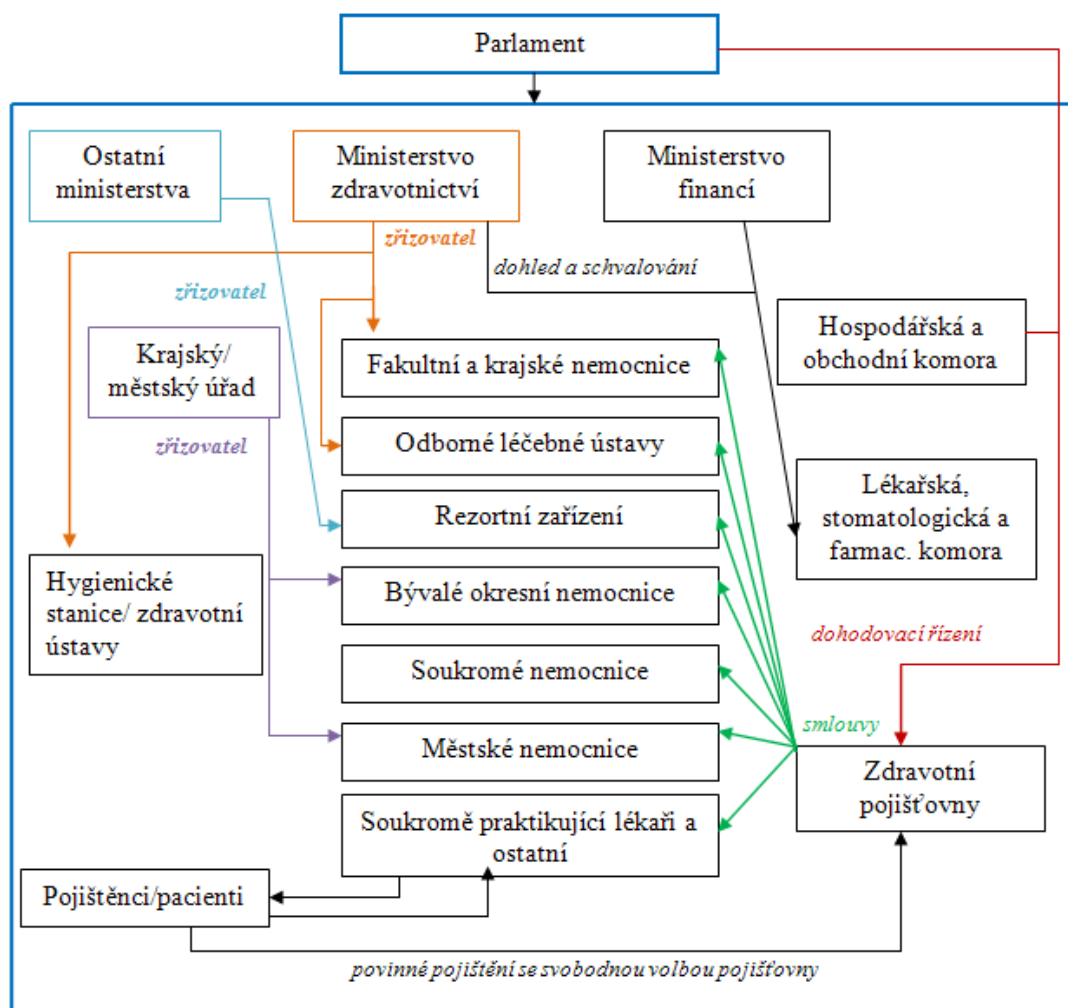
- hygienické stanice,
- zařízení ambulantní péče,
- nemocnice,
- odborné léčebné ústavy,
- zařízení lékařské péče,
- zvláštní dětská zařízení. [23]

1.5.3 Účastníci trhu zdravotní péče a jejich vzájemné vazby

Na trhu zdravotní péče existují účastníci, kteří svým chováním vytváří tomuto trhu určitou podobu. Nelze striktně popsat, který účastník je důležitější, či který má menší podíl. Celý systém je sestaven takovým způsobem, že každý aktér má svoji úlohu a pouze aktivním plněním rolí dochází k naplnění potřeb.

Mezi jednotlivými účastníky dochází k určitým vazbám. Celkový rámec soustavy zdravotnických institucí a zařízení, vlastníků a ovlivňujících ukazatelů v České republice zobrazuje následující obrázek 3. Nad základním rámcem zaujímá prostor Parlament České republiky, který schvalováním právní legislativy vytváří podmínky všem účastníkům trhu zdravotní péče. Důležitou roli v celém systému hraje zřizovatel, který rozhoduje o činnosti zdravotnického zařízení, majetku, osobách v managementu a kontroluje hospodaření s veřejným majetkem. Zřizovatelem může být krajský či městský úřad, ministerstvo zdravotnictví, ostatní ministerstva, anebo soukromé osoby.

⁶ Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi



Obr. 3 - Organizační schéma zdravotnického systému ČR

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [4]

Zdravotní pojišťovny mají ve zdravotnickém systému povinnost poskytovat úhradu za zdravotní péči jejím poskytovatelům podle příslušné legislativy a jsou určitým mezníkem mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Každá zdravotní pojišťovna má svoji síť smluvních zařízení a lékařů a často bývá pouze regionální. Zdravotní plán mají pojišťovny povinnost vypracovat na jeden rok a jsou v něm naplánovány veškeré činnosti a rozpočet dané zdravotní pojišťovny. [4]

Mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením vzniká výběrového řízení, ke kterému zdravotní pojišťovna přihlédne a uzavře či neuzavře s daným zdravotnickým zařízením smlouvu. Výběrové řízení se nekonají v některých případech daných zákonem⁷

⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

jako např. pro zdravotnická zařízení lékárenské péče nebo zdravotnická zařízení Vězeňské služby ČR. Před uskutečněním výběrového řízení musí zdravotnické zařízení předložit informace, které zdravotní pojišťovna požaduje. Zdravotní pojišťovna požaduje např. rozhodnutí o registraci, smlouvu o odpovědnostním pojištění za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče apod.

Zdravotní pojišťovna navrhne smlouvu takovému zdravotnickému zařízení, aby byla sítí smluvních zařízení a lékařů co nejrozsáhlejší. Po vzájemné dohodě je ponechána či upravena navržená smlouva, která obsahuje veškeré podmínky vztahu. Jedná se např. o dobu, na kterou se uzavírá, kolikátý den v měsíci bude probíhat vyúčtování, účinnost smlouvy apod. Smlouva se stává platnou podpisem obou stran.

1.6 Soustava zařízení poskytující zdravotnické služby

Celá síť zdravotnických zařízení má za úkol poskytovat zdravotnické služby různého druhu. Síť je složena, jak ze státních zařízení ve smyslu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví České republiky, tak i z nestátních zdravotnických zařízení, jež vymezuje zákon č. 160/1992 Sb., Zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Celkové informace o zdravotnických zařízeních poskytuje tzv. Registr zdravotnických zařízení, který je pravidelně aktualizován a jsou v něm k nalezení veškeré informace nejen o počtu takovýchto zařízení, ale také o bližších kontaktech na jednotlivá zařízení dle území. Tabulka 1 zobrazuje počet zdravotnických zařízení v roce 2008 (při psaní této práce ještě nebyly známy aktuálnější údaje). [23] [26]

Tab. 1 - Počet zdravotnických zařízení v roce 2008

| Státní zařízení | Nestátní zařízení se zřizovatelem | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------|---------------------|
| | kraj | město, obec | FO, církev, jiná PO |
| 247 | 161 | 183 | 27 178 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury[23] [26]

1.6.1 Ambulantní péče

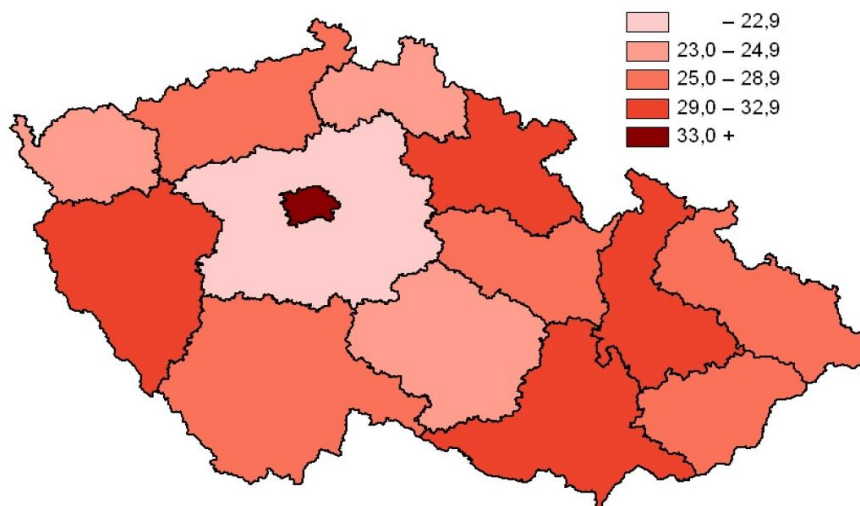
Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění se ambulantní péče rozlišuje na primární zdravotní péči, specializovanou ambulantní zdravotní péči a zvláštní ambulantní péči, jejichž bližší vymezení bude v následujícím textu.

Primární zdravotní péče představuje péči, kterou poskytuje registrující lékař nebo praktický lékař. Registrující lékař poskytuje péči registrovaným pojištěncům. Praktický lékař zajišťuje péči také pro registrované pojištěnce, navíc má však povinnost návštěvní služby.

V případě, že registrující lékař doporučí pro kvalitnější péči specializované zdravotnické zařízení, doporučí pojištěnci **specializovanou ambulantní zdravotní péči**. Takovéto zařízení může pojištěnec navštívit pouze na doporučení registrujícího lékaře, který vystaví písemné odůvodnění, jehož součástí jsou také důležité zdravotní údaje. Po vykonání péče ve specializované ambulanci má registrující lékař nárok na zpětné informace o prováděných vyšetřeních či výkonech.

Zvláštní ambulantní péče poskytuje ošetření či léčbu pojištěncům s akutním či chronickým onemocněním, tělesně, smyslově či mentálně postiženým a pojištěncům závislým na cizí pomoci. Péče je poskytována např. v místě domova, stacionářích apod. zařízeních na doporučení registrujícího lékaře. [38]

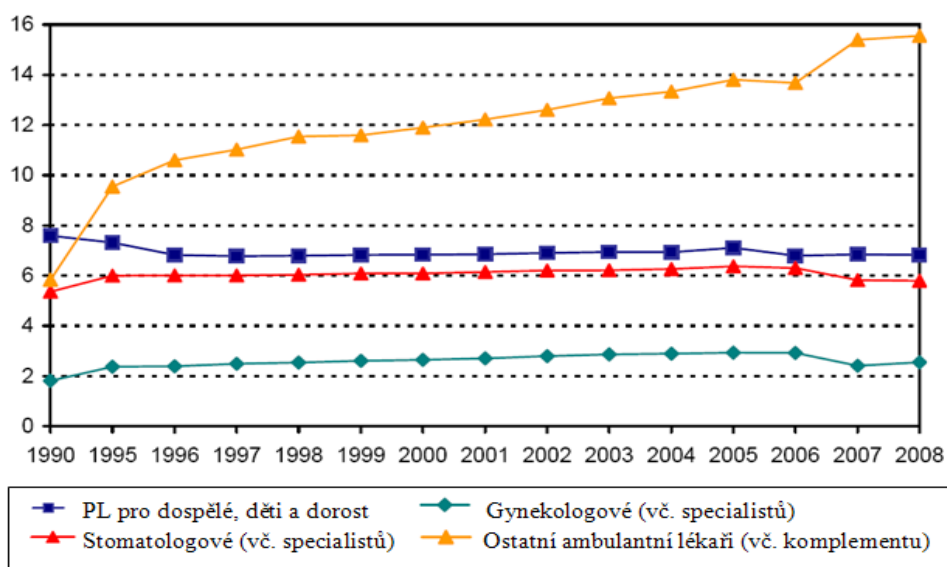
Obrázek 4 představuje mapu ambulantních lékařů na 10 000 obyvatel České republiky v roce 2008.



Obr. 4 - Mapa ambulantních lékařů v roce 2008

Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2008 [26]

Vývoj počtu lékařů pracujících v ambulantní péči na 10 000 obyvatel v letech 1990 – 2008 zobrazuje obrázek 5. Z grafu je patrné, že neustále roste počet ostatních ambulantních lékařů, který však nezlepšuje péči, ale dle informací ÚZIS zahušťuje síť specializovaných ordinací v lukrativních lokalitách. Snižující se počet zubních lékařů je v grafu znázorněn červenou křivkou. Tento jev se dle posledních statistických údajů nebude měnit, ba naopak, stomatologů bude stále méně. Ministerstvo zdravotnictví chce problém řešit zvyšujícím se počtem studentů. [13] [26]



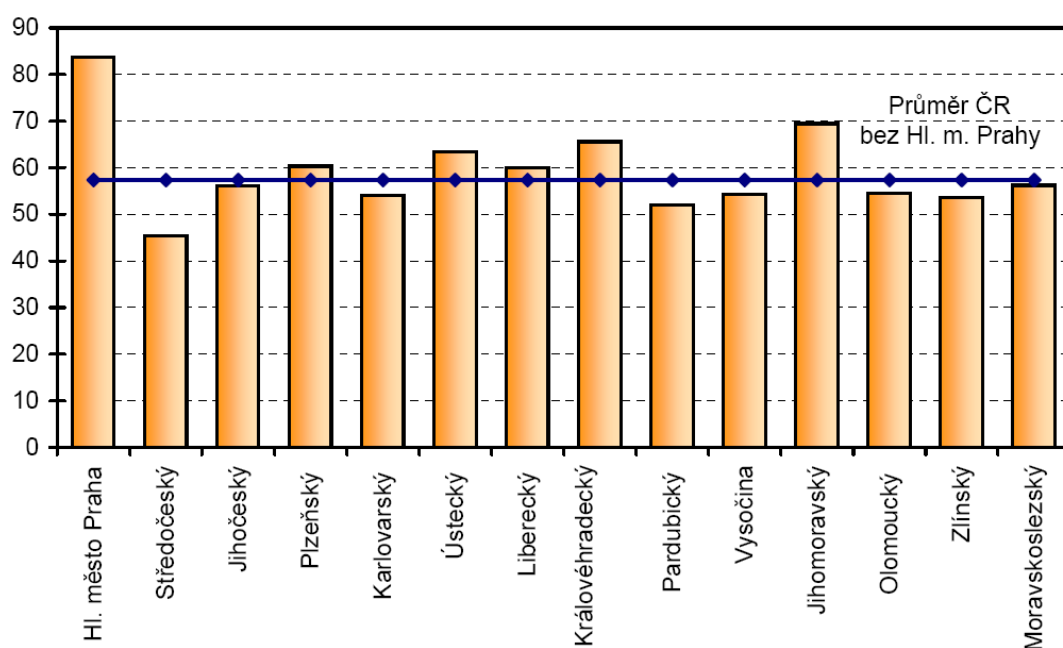
Obr. 5 - Vývoj počtu ambulantních lékařů v letech 1990 – 2008

Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2008 [26]

1.6.2 Ústavní (lůžková) péče

V případě, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje ústavní péči, znamená to, že léčba je uskutečněna v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Pojištěnci jsou zpravidla přijímáni na základě doporučení ošetřujícího lékaře, který do ústavního zařízení pošle informace o pacientovi, předcházející léčbě a odůvodnění, proč žádá ústavní péči. Zákon také uvádí, že do ústavní péče jsou přijati pacienti, kterým by nepřijetí ohrožovalo život. V případě, že je do ústavní péče přijato dítě a vzhledem k jeho zdravotnímu stavu je nutná celodenní přítomnost průvodce, může být přijat také průvodce. Průvodcem se většinou rozumí rodič. [38]

Do lůžkové péče se zahrnuje akutní péče, následná péče a péče v odborných léčebných ústavech, kde hlavním představitelem je psychiatrická léčebna pro dospělé. Počet lůžek v nemocnicích na 10 000 obyvatel v roce 2008 zobrazuje obrázek 6.



Obr. 6 - Počet lůžek v nemocnicích v roce 2008

Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2008 [26]

1.6.3 Pohotovostní a záchranná služba

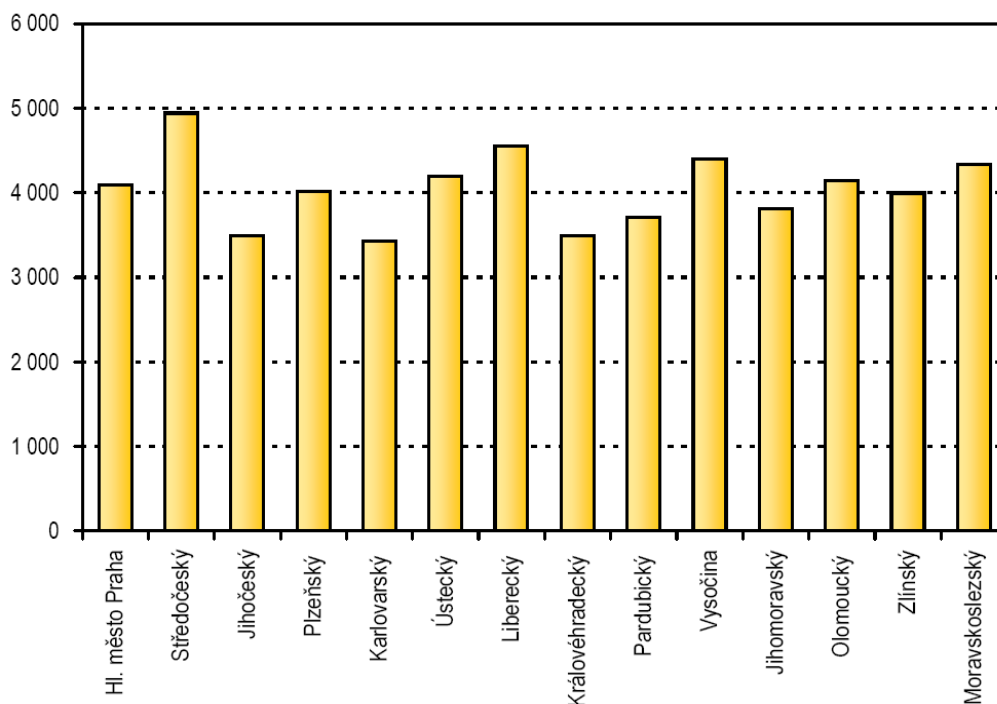
Pohotovostní a záchranná služba poskytuje zdravotní výkony, které byly provedeny v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinální hodiny nebo zdravotníky záchranné služby při přednemocniční neodkladné péči. [38]

1.6.4 Dispenzární péče

Tato péče je charakteristická soustavným odborným sledováním po vymezenou dobu. Například segment těhotných žen je od prvního dne zjištění těhotenství sledován gynekology a porodníky. Další skupinou jsou ženy používající hormonální a nitroděložní antikoncepci, děti do jednoho roku života apod. Doba, po kterou je pojištěnec sledován, je odvozena dle stanovených kritérií. [38]

1.6.5 Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky

Tato skupina zdravotnických zařízení má na starost výdej léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Zákon také vymezuje případy, kdy není možno podat lék předepsaným lékařem a poskytovatel léčiv je povinen tento lék nahradit jiným a řádně čin vykázat. [38]



Obr. 7 - Počet lékáren na jednoho obyvatele v roce 2008

Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2008 [26]

Počet lékáren na jednoho obyvatele dle jednotlivých krajů České republiky v roce 2008 zobrazuje předcházející obrázek 7.

1.6.6 Lázeňská péče

Pobyt v lázeňském zařízení doporučuje ošetřující lékař. Doporučení musí potvrdit revizní lékař a proces ukončuje zdravotní pojišťovna, která příslušnou lázeňskou péči hradí buď částečně, nebo zcela. Seznam nemocí, indikační předpoklady či odborná kritéria, u kterých lze lázeňskou péči poskytnout, stanovuje Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. [38]

1.6.7 Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

Péče je poskytována dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Je hrazena zdravotní pojišťovnou a nárok má dítě nebo mladistvý, kterého doporučil lékař. Toto doporučení musí ještě schválit revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny. Seznam léčeben a ozdravoven včetně nemocí, indikačních předpokladů a odborných kritérií stanovuje Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. [38]

1.6.8 Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče zabezpečuje prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocí z povolání a jinými vlivy poškozující zdraví při práci. Péče spolupracuje se zaměstnavatelem a zahrnuje výkony v rámci první pomoci, prohlídky řádné i mimořádné, dispenzární prohlídky apod. [38]

1.6.9 Ostatní zařízení

Do ostatních zařízení je možno začlenit např. posudkovou činnost, která se zabývá posuzování pracovní neschopnosti. Dále sem řadíme prohlídku zemřelého a pitvu nebo dopravu a náhradu cestovních nákladů. [38]

Veškeré údaje o zdravotním stavu obyvatelstva a o síti zdravotnických zařízení spravuje Národní zdravotnický informační systém, Ústav zdravotnických informací a statistiky a Český statistický úřad. Síť zdravotnických zařízení v České republice je vytýkána její složitost. Reforma zdravotnictví by měla přispět k jejímu zjednodušení.

2 Financování zdravotnických služeb v České republice

Zdravotnické služby v České republice jsou financovány dvěma způsoby. Za prvé se jedná o přímé financování, což znamená přímé platby od těch, kteří přijímají zdravotnické služby. Druhým případem je nepřímé financování, kam se řadí veřejný rozpočet (státní a municipální), povinné pojištění, dobrovolné pojištění, zaměstnanecká pojištění, charita a zahraniční pomoc.

V České republice převažuje především doplňkové přímé financování zejména za úhradu léků. V nepřímém financování nejvíce převládá povinné veřejné zdravotní pojištění. Model financování zdravotnictví v České republice je postaven na financování z veřejného zdravotního pojištění.

Celá druhá kapitola diplomové práce je zaměřena na charakteristiku systému zdravotního pojištění v České republice a na celkové financování zdravotnických zařízení. [16]

2.1 Financování veřejného zdravotní pojištění

Charakteristika zdravotnického systému v České republice postavená na veřejném zdravotním pojištění byla popsána v subkapitole 1.4. Následující odstavce se zaměří na pohled financování veřejného zdravotního pojištění, plátce veřejného zdravotního pojištění, výši pojistného apod.

2.1.1 Plátcí pojistného

Koloběh zdravotního pojištění vzniká dnem narození a zaniká úmrtím či ukončením trvalého pobytu na území v České republice. Po celou tuto dobu je zdravotní pojištění hrazeno plátcí pojistného, kterými jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát.

Pojištěncem se dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (Zákon č. 48/1997 Sb.) stává plátce pojistného, který je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou nebo osobou, která má na území České republiky trvalý pobyt.

Stát je plátcem pojistného v případě, že ze státního rozpočtu platí zdravotní pojištění např. za nezaopatřené děti, poživatele důchodu, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi apod.

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance, ale ne za všechny. Výjimka je vymezena v zákoně o veřejném zdravotním pojištění a jedná se např. o zaměstnance, který je dlouhodobě v cizině. [38]

2.1.2 Výše a způsob placení pojistného

Kompletní problematiku ohledně výše, způsobu placení pojistného, popř. penále řeší zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Výše pojistného veřejného zdravotního pojištění je stanovena procentuální částí z vyměřovacího základu za rozhodné období.

Vyměřovací základ se stanovuje rozdílně pro osobu samostatně výdělečně činnou a pro zaměstnance. Obdobně také rozhodné období. U zaměstnance je rozhodné období vyčleněno na kalendářní měsíc. Osoba samostatně výdělečně činná má rozhodné období kalendářní rok.

Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel, který k pojistnému přidá také část, kterou musí za své zaměstnance platit sám. Současná výši pojistného pro rok 2010, která je odváděna zaměstnanci činí 4,5 %, zaměstnavateli 9 %. Osoba samostatně výdělečně činná platí pojistné pomocí záloh na pojistné a doplatků pojistného. [39]

2.2 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou v České republice zřízeny podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a zákona

č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, která jako jediná v ČR vznikla samostatným zákonem. Zdravotní pojišťovny jsou právníckými osobami *sui generis*⁸, tzn., že nemají právní formu, která by byla českému právnímu řádu známa i v jiném případě jako např. obchodní společnost, příspěvková organizace apod. Povolení k provádění činnosti veřejného zdravotního pojištění získá právnícká osoba u Ministerstva zdravotnictví a žádost je posuzována v režimu správního řízení. [31]

Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je zajistit poskytování zdravotní péče pojištěncům. Tato povinnost je plněna prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Úhrada zdravotní péče vychází z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotnická zařízení, která mají se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu, tvoří tzv. síť smluvních zdravotnických zařízení. Před uzavřením smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se koná výběrové řízení. Existují případy jako např. zdravotnická zařízení lékárenské péče, Vězeňské služby ČR apod., kdy se výběrové řízení nekoná. [3] [38]

Kromě poskytování veřejného zdravotního pojištění mohou zdravotní pojišťovny nabízet i další smluvní zdravotní pojištění a připojištění, která přesahují rámec povinné zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a také s majetkem, který jim byl svěřený. Mezi příjmy zdravotních pojišťoven patří především platby pojistného a vlastní zdroje, které jsou vytvořené využíváním fondů pojišťovny. Výdaje zdravotních pojišťoven představují platby za úhradu zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením, se kterým má zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu. Dalšími výdaji jsou náklady na chod zdravotní pojišťovny. [3] [12]

Celý rozpočet zdravotních pojišťoven musí být sestaven tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji je zúčtován v roční závěrce vůči rezervnímu fondu. Každá zdravotní pojišťovna musí Ministerstvu financí a Ministerstvu zdravotnictví předložit návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu

⁸ Sui generis je latinské rčení znamenající „svého druhu“.

auditora. Zdravotní pojišťovna má svoji řídicí strukturu, kterou tvoří statutární orgán, správní rada a dozorčí rada.

Každý pojištěnec má právo svobodně si zvolit zdravotní pojišťovnu, u které chce být pojištěn. V případě, že pojištěnec neporušil žádné podmínky pro vznik vztahu mezi jím a zdravotní pojišťovnou, nemůže ho zdravotní pojišťovna odmítnout a nemůže ani vymezit dobu, po kterou bude pojištěnec pojištěn. Změna zdravotní pojišťovny je možná jednou za rok a to pouze k 1. lednu, 1. dubnu, 1. červenci a 1. říjnu. Průkaz, kterým pojištěnec ve zdravotnickém zařízení prokazuje svoji zdravotní pojišťovnu, se nazývá průkaz pojištěnce a zdravotní pojišťovna ho musí bezplatně svému pojištěnci vydat. [12]

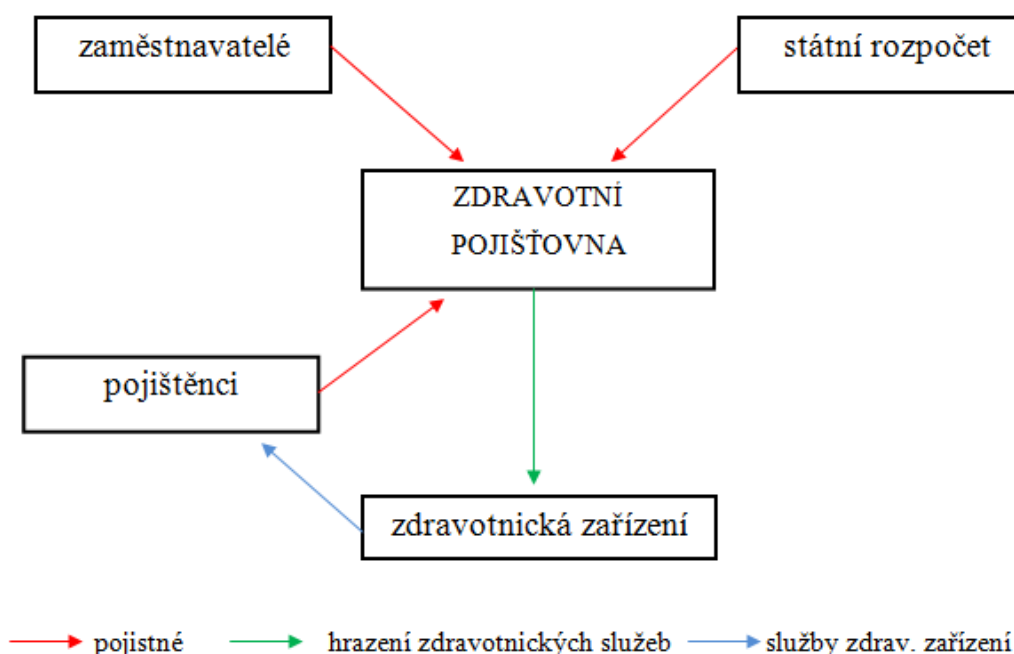
V tabulce 2 jsou znázorněny všechny zdravotní pojišťovny, které působí na území České republiky k 21. 2. 2010.

Tab. 2 - Zdravotní pojišťovny působící na území ČR

| Zdravotní pojišťovna | |
|-----------------------------|--|
| kód | název |
| 111 | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR |
| 201 | Vojenská zdravotní pojišťovna ČR |
| 205 | Česká průmyslová zdravotní pojišťovna |
| 207 | Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví |
| 209 | Zaměstnanecká pojišťovna Škoda |
| 211 | Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR |
| 213 | Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna |
| 217 | Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE |
| 228 | Zdravotní pojišťovna MEDIA |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [12]

V předcházejícím textu byli postupně charakterizováni účastníci veřejného zdravotního pojištění. Pro lepší názornost je vztah mezi pojištěncem, zaměstnavatelem, státem a zdravotní pojišťovnou znázorněn v obrázku 8.



Obr. 8 - Systém veřejného zdravotního pojištění

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [3]

2.3 Role státu při zajišťování zdravotních potřeb

Každý stát musí řešit problémy, které jsou spojené se zajišťováním zdravotnické péče a nejedná se pouze o ekonomický pohled vyplývající ze střetu nabídky a poptávky ve zdravotnictví. Důležité je zaměřit se i na další aspekty, kterými je zdravý vývoj populace, prevence, předcházení nemocí, obnova zdravotního stavu a vybudování efektivního systému. Stát v těchto situacích představuje nositele veřejných, politických, ekonomických, výkonných a legislativních zájmů. [4] [6] [8]

Hlavní ekonomický zákon hovoří o tom, že všichni jedinci mají neomezená přání a neomezené zdroje. V oblasti zdravotnictví zákon neplatí zcela a je potřeba ho ze strany státu korigovat pomocí etiky a lidské solidarity. Každý stát, který je zodpovědný za zdravotnictví, se rozmýšlí mezi dvěma ukazateli. Jedním je otázka lékařské etiky, tzn. poskytnout co možná nejlepší zdravotní péči. Druhým ukazatelem je ekonomická situace státu, tedy otázky týkající se nákladů na poskytování zdravotní péče. Dilema mezi dvěma ukazateli řeší nejen Česká republika, ale i ostatní státy. [4]

Mezi ekonomické aspekty se dají zařadit např. tyto problémy:

- kdo bude hradit náklady,
- jakým způsobem se náklady uhradí,
- jak se na nákladech bude podílet pacient,
- co se hradí z veřejných fondů,
- co se hradí ze státních fondů,
- jak je člověk odpovědný za svoje zdraví,
- jak zdraví člověka podpořila profese, životní styl, životní prostředí, společnost,
- atd. [4]

2.3.1 Historie financování zdravotní péče ze strany státu

V historii financování zdravotní péče ze strany České republiky vzniklo několik různých období, kdy byla úloha státu odlišná.

Po roce 1918, v době vzniku samostatného státu a ještě i v průběhu druhé světové války, existoval systém veřejného sociálního pojištění. Systém zaručoval financování zdravotní péče z rozpočtů veřejných nemocenských fondů a privátních pojišťoven. Stát působil pouze jako doplněk systému, kdy poskytoval částečnou úhradu zdravotnických služeb.

V období od druhé světové války až do 90. let se staral o veškeré financování zdravotnických služeb československý stát. Prvních 15 let je považováno za velmi úspěšných. Zdravotnictví se rozvíjelo, ukazatele zdravotního stavu jako např. kojenecká úmrtnost, natalita, mortalita apod. se zlepšovaly a ve světových žebříčcích se umísťovaly na nejúspěšnějších místech. Rostoucí úroveň netrvala věčně a posledních 30 let začala ve zdravotnictví klesat z důvodu nedostatku finančních prostředků. Příčinou bylo upřednostňování výrobních a průmyslových odvětví nad zdravotnictvím. Nedostatečné technické a materiální vybavení, omezení léčiv, chybějící finance na nová zdravotnická zařízení způsobily, že průměrná střední délka života poklesla, dříve úspěšný zdravotní stav obyvatelstva se v 70. a 80. letech začal zhoršovat a ukazatele se vzdalovaly od identických ukazatelů ostatních ekonomicky vyspělých států.

System všeobecného zdravotního pojištění byl zaveden po roce 1990 a začalo se s postupným privatizováním zdravotnických subjektů. Hlavním důvodem bylo zvýšit úroveň zdravotnictví a zavést takový systém, který by vedl k efektivnějšímu financování a kvalitnějším službám. Postupně docházelo ke zrušení okresních a krajských ústavů národního zdraví a umožnil se vznik samostatných právních subjektů. Rozpočtový systém financování zdravotnictví napojený na státní rozpočet, který doposud platil, byl zrušen a zavedl se výkonový systém založený na Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Tento systém zohledňoval bilanci mezi příjmy a režijními náklady a fungoval roky, pouze s menšími úpravami. Ve druhé polovině 90. let docházelo k narůstání disproporce mezi příjmy a výdaji veřejného zdravotního pojištění a provoz nemocnic byl převážně financován právě z veřejného zdravotního pojištění, což mělo dopad také na více-zdrojové financování, které se neuplatňovalo.

Od 1. července 1997 se změnil výkonový systém úhrad a financování bylo založeno na Seznamu výkonů na systém paušálních úhrad, který funguje dosud. Je zřejmé, že ani v dnešní době není financování zdravotní péče optimální, především z důvodu postupného navyšování paušálních úhrad, které jsou založeny na podmínkách zdravotních pojišťoven. Důležitou změnou v oblasti financování zdravotní péče bude připravovaná reforma zdravotnictví. [4]

2.3.2 Makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví

Zdravotnictví velmi úzce souvisí s ekonomickou, mravní a hodnotovou orientací státu a nejedná se tedy pouze o záležitost samotného zdravotnictví, zdravotnického systému či jednotlivých lékařů a zdravotníků.

Z ekonomického pohledu je financování zdravotní péče velmi závislé na makroekonomických ukazatelích určitého státu. Hlavním makroekonomickým aspektem je vývoj ekonomického růstu – stagnace či pokles, který je měřen pomocí hrubého domácího produktu. Dalšími, neméně důležitými ukazateli jsou vývoj inflace, nezaměstnanost, zadluženost, úspěšnost výběru daní, zdravotního a sociálního pojištění apod.

Zdravotnictví je stěžejní součástí národního hospodářství daného státu a patří do tzv. terciálního sektoru, tzn. sektoru představujícího služby. Stejně jako zdravotnictví ovlivňuje makroekonomické ukazatele, ovlivňují faktory charakterizující zdraví ekonomickou úroveň, jelikož pro dobře fungující národní hospodářství je potřeba zdravý obyvatel.

Jak bylo konstatováno v předcházejících odstavcích, mezi základní ukazatele ekonomického vývoje patří hrubý domácí produkt (GDP – Gross Domestic Product). GDP se velmi používá při sledování úspěšnosti domácího státu i pro porovnání s ostatními zeměmi. Hrubý domácí produkt je definován jako celková peněžní hodnota statků a služeb vytvořená za dané období (většinou 1 rok) v určité zemi. [4]

Důležité je nesledovat pouze samotný ukazatel GDP, ale i podíl tvorby a rozdělování GDP do jednotlivých sektorů, tzn. také do sektoru zdravotnictví. Vývoj výdajů na zdravotnictví z GDP v letech 2003 – 2007 u jednotlivých zemí je znázorněn v tabulce 3. Srovnání zemí podle výdajů na zdravotnictví dle parity kupní síly znázorňuje tabulka 3.

Tab. 3 - Výdaje na zdravotnictví z GDP v letech 2003 - 2007

| Země | Rok | | | | |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Austrálie | 8,5 | 8,8 | 8,7 | 8,7 | - |
| Belgie | 10,2 | 10,5 | 10,3 | 10,0 | 10,2 |
| Česká republika | 7,4 | 7,2 | 7,1 | 6,9 | 6,8 |
| Dánsko | 9,3 | 9,5 | 9,5 | 9,6 | 9,8 |
| Finsko | 8,1 | 8,2 | 8,5 | 8,3 | 8,2 |
| Francie | 10,9 | 11,0 | 11,1 | 11,0 | 11,0 |
| Irsko | 7,3 | 7,5 | 7,3 | 7,1 | 7,6 |
| Island | 10,4 | 9,9 | 9,4 | 9,1 | 9,3 |
| Itálie | 8,3 | 8,7 | 8,9 | 9,0 | 8,7 |
| Japonsko | 8,1 | 8,0 | 8,2 | 8,1 | - |
| Kanada | 9,8 | 9,8 | 9,9 | 10,0 | 10,1 |
| Korea | 5,6 | 5,7 | 6,1 | 6,5 | 6,8 |
| Lucembursko | 7,5 | 8,1 | 7,7 | 7,3 | - |
| Maďarsko | 8,3 | 8,0 | 8,3 | 8,1 | 7,4 |
| Německo | 10,8 | 10,6 | 10,7 | 10,5 | 10,4 |
| Nizozemsko | 9,8 | 10,0 | 9,8 | 9,7 | 9,8 |
| Norsko | 10,0 | 9,7 | 9,1 | 8,6 | 8,9 |
| Polsko | 6,2 | 6,2 | 6,2 | 6,2 | 6,4 |
| Portugalsko | 9,7 | 10,0 | 10,2 | 9,9 | - |
| Rakousko | 10,3 | 10,4 | 10,4 | 10,2 | 10,1 |

| Země | Rok | | | | |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Slovensko | 5,8 | 7,2 | 7,0 | 7,3 | 7,7 |
| Spojené království | 7,8 | 8,1 | 8,2 | 8,5 | 8,4 |
| Španělsko | 8,1 | 8,2 | 8,3 | 8,4 | 8,5 |
| Švédsko | 9,4 | 9,2 | 9,2 | 9,1 | 9,1 |
| Švýcarsko | 11,3 | 11,3 | 11,2 | 10,8 | 10,8 |
| USA | 15,6 | 15,6 | 15,7 | 15,8 | 16,0 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [40]

Pozn.: Údaje jsou uvedeny v procentech.

Z předcházející tabulky je zřejmé, že nejvíce peněz do zdravotnictví proudí v USA. Česká republika společně s Koreou patří na opačnou stranu, nižší výdaje má pouze Polsko.

Tab. 4 - Výdaje na zdravotnictví v přepočtu na paritu kupní síly v roce 2007

| Země | Celkové výdaje na zdravotnictví \$ PPP/1 obyvatel | Index ČR = 100 | Veřejné výdaje na zdravotnictví \$ PPP/1 obyvatel | Index ČR = 100 |
|--------------------------|--|-------------------|--|-------------------|
| Belgie | 3 595 | 221 | x | x |
| ČR | 1 626 | 100 | 1 385 | 100 |
| Dánsko | 3 512 | 216 | 2 968 | 214 |
| Finsko | 2 840 | 175 | 2 120 | 153 |
| Francie | 3 601 | 221 | 2 844 | 205 |
| Irsko | 3 424 | 211 | 2 762 | 199 |
| Itálie | 2 686 | 165 | 2 056 | 148 |
| Lucembursko ¹ | 4 162 | 256 | 3 782 | 273 |
| Maďarsko | 1 388 | 85 | 980 | 71 |
| Německo | 3 588 | 221 | 2 758 | 199 |
| Nizozemsko | 3 837 | 236 | x | x |
| Norsko | 4 763 | 293 | 4 005 | 289 |
| Polsko | 1 035 | 64 | 733 | 53 |
| Portugalsko ¹ | 2 150 | 132 | 1 538 | 111 |
| Rakousko | 3 763 | 231 | 2 875 | 208 |
| Řecko | 2 727 | 168 | 1 646 | 119 |
| Slovensko | 1 555 | 96 | 1 040 | 75 |
| Spojené království | 2 992 | 184 | 2 446 | 177 |
| Španělsko | 2 671 | 164 | 1 917 | 138 |
| Švédsko | 3 323 | 204 | 2 716 | 196 |
| Švýcarsko | 4 417 | 272 | 2 618 | 189 |
| USA | 7 290 | 448 | 3 307 | 239 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [34]

Pozn.: ¹údaj za rok 2006. \$ PPP: teoretická jednotka pro přepočet dle kupní síly a cenové hladiny v dané zemi

Dle předcházející tabulky 4 je zřejmé, že Česká republika sice převyšuje Polsko, Maďarsko a Slovensko, avšak nedosahuje takové úrovně jako ostatní evropské země OECD.

2.4 Péče o zdraví a ekonomické aspekty

Péče o zdraví je systém, jehož podsystémem je zdravotnictví. Jako v každém hospodářském systému, i zde se dají charakterizovat ekonomické aspekty, které se musí odlišit zvlášť pro péči o zdraví a zvlášť pro zdravotnickou péči, jakožto součást celkové péče o zdraví. [4]

2.4.1 Ekonomické aspekty péče o zdraví

V oblasti péče o zdraví je velmi těžké definovat základní ekonomické pojmy, mezi které patří náklady, výnosy, zisk apod. Většinou ani neplatí, že činnost je efektivní, pokud je potřebného výsledku dosaženo s co nejnižšími náklady nebo zdroji. Velmi diskutovaný je přínos péče o zdraví – jak ho měřit, co je subjektivní, co objektivní apod.

Ekonomika péče o zdraví je komplexem různých druhů nákladů, které jsou vloženy do zdravého životního a pracovního prostředí. Náklady v této oblasti nejsou krátkodobé, většinou je to otázka dlouhodobých investic, která nemá okamžitou ani krátkodobou návratnost a při rozhodování není jasné, kdy se přínos objeví a zda je vůbec možné přínosu dosáhnout. Velmi často při rozhodování o nákladech péče o zdraví stojí zdravotníci, manažeři, lékaři, poslanci před obtížnými morálními otázkami.

Na opačné straně od nákladů stojí výnosy, jejichž přesné formulování je ve zdravotní péči složité především z důvodu přesného definování zdraví. V souvislosti s touto problematikou se používá ukazatel QALY, jehož podstatou je kombinace hodnocení délky přežití (tj. úmrtnost) a kvality života z hlediska zdravotního stavu dosaženého zdravotní

péči.⁹ Princip spočívá ve srovnání kvality života s určitou zdravotní intervencí se stavem bez intervence. [7]

Je zřejmé, že ačkoliv je oblast systému zdravotní péče v určitých směrech velmi podobná většině ostatních systémů v národním hospodářství, výnosy zde nemají materiální či finanční podtext, jelikož zdraví nelze striktně vyčíslit. Existují však různé metody, které se snaží tuto skutečnost změnit a pomocí analýz výnosy změřit. Příkladem je *Cost-Benefit Analysis*¹⁰, která je založena na poměrování nákladů ku prospěchu. Principem je zaznamenání veškerých nákladů na jednu stranu rovnice a na druhou stranu shromáždit veškeré přínosy, užitky a pozitiva. Stejným způsobem se mohou shromažďovat klady a výhody a na druhou stranu zápory a nevýhody. [4] [13]

Výhodou Cost-Benefit analýzy je snadné posouzení nákladové efektivity daného zákroku, jelikož náklady jsou buď vyšší, nebo nižší. Druhou výhodou je možnost porovnávat nákladovou efektivitu zdravotnických programů s jinými odvětvovými ekonomikami. Metoda je často využívána v celém veřejném sektoru při hodnocení veřejných financí a infrastruktury. [15]

Bezesporným výnosem ve zdravotnictví je záchrana života, ale zároveň jsou zde další aspekty jako kvalita dalšího života, chronické zátěže a další charakteristiky, jež mohou výnos snížit či znehodnotit. Výnosy péče o zdraví se mohou, ale nemusí, projevovat pomocí různých podob, mezi které se dá řadit snížení rizika onemocnění, snížení možnosti úrazu, zlepšení tělesných funkcí, ale s vedlejšími účinky atd. [4]

Vyjádřený výnos péče o zdraví by měl být měřitelný změnou stavu jedince nebo skupiny obyvatel, což však může způsobovat neobjektivní hodnocení. Každý jedinec má subjektivní pocit ke svému zdraví, a ačkoliv se subjektivně cítí zdravý, objektivně je již v organismu nemoc, která ho ničí či ohrožuje. K měření zdravotního stavu se tedy používají ne zcela spolehlivé ukazatele, jako např.:

⁹ Ukazatel byl poprvé zaveden Herberkem Klamannem ve studii zabývající se porovnáním nákladů a výsledků zdravotní péče při chronickém selhání ledvin

¹⁰ Cost-Benefit Analysis = prospěchová analýza

- počet dnů pracovní neschopnosti na jednoho obyvatele,
- procento populace postižené určitým stupněm invalidity,
- střední délka života,
- úmrtnost,
- počet ztracených roků v důsledku smrti před 65 rokem. [4]

2.4.2 Ekonomické aspekty zdravotnických služeb

Zdravotnictví a jeho ekonomika velmi souvisí s ekonomickým systémem, který se uplatňuje v konkrétním státě, postavením zdravotní péče v rámci péče o zdraví a v neposlední řadě je souvislost s koncepcí státu při realizování sítě zdravotnických zařízení, složení zdravotnictví, dostupnosti péče, právními formami apod. [2] [4] [25]

Při vyčíslování ekonomických aspektů zdravotnictví se vychází z konkrétních nákladů a výnosů, které mají účetní výsledek jako v běžném hospodářském oboru. Ačkoliv je ukazatel nákladů a výnosu jasně vyčíslen, existují specifika, která znamenají regulaci tržních mechanismů nabídky a poptávka prostřednictvím zdravotní politiky určitého státu. Aby bylo zdravotnictví efektivní, musí vycházet z obecné ekonomické teorie, tedy propojit poptávku s nabídkou. [4]

Poptávka

Poptávka je v případě zdravotnických služeb velmi ovlivněna způsobem jejich úhrady. V České republice lze zdravotní péči z pohledu potřeby rozdělit na dvě části – subjektivní a objektivní.

Subjektivní potřeby vycházejí z obecné definice potřeby, tedy definování nedostatku a touhy po uspokojení. V oblasti zdravotnictví je potřeba vymezena vnímáním chybějícího zdraví, ztráty zdraví, zhoršení zdraví apod. V případě, že jedinec pocítuje potřebu, vyhledá příslušné zdravotnické zařízení a realizuje tak poptávku po zdravotnických službách.

Objektivní potřeby představují požadavky, jež jsou založeny na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, snižování zdravotních rizik, eliminace rizik

apod. Tuto potřebu si lidé většinou neuvědomují a mnohdy není ani za potřebu považována. Většina jedinců vyhledává zdravotní pomoc, až když byly zachyceny první náznaky nemoci, přičemž léčba založena na včasném odhalení, popř. předcházení rizikům je účinnější. Zdravotní politika v případě objektivních potřeb aktivně zasahuje např. povinnými lékařskými prohlídkami, jimiž zvyšuje poptávku po zdravotnické péči. [4]

Vznikem poptávky po zdravotní péči se vytvoří spotřeba zdravotnické péče, což znamená reálné využití zdravotnických služeb. V této souvislosti se hovoří o nadměrné spotřebě, jež může být do určité míry podmíněna obligatorním pojištěním a tedy neuvědomováním si ceny zdravotnické péče. Jestliže se ukazatele zdravotnické péče v České republice porovnávají s ukazateli zahraničními, např. německými ukazateli, jsou mezi nimi velké rozdíly. Česká republika vykazuje ukazatele mnohem větší, což je dáno centralizovaným systémem úhrad zdravotnické péče. Tato skutečnost se mírně zlepšila po zavedení regulačních poplatků od 1. ledna 2008. [4] [25]

Nabídka

Počet zdravotnických zařízení v jednotlivých lokalitách představuje nabídku zdravotnické péče. Nabídka je dána také strukturou zařízení v místě, počtem lékařů na obyvatele, možnostmi technického vybavení a v neposlední řadě přístupem státu, zdravotních pojišťoven a občanů ke zdravotnictví.

Kromě obecných ekonomických aspektů se nabídka v oblasti zdravotnictví odlišuje zvláštním rysem, jenž je dán neodborností veřejnosti. Jedinec nemá odborné znalosti o výkonech a plně se oddává ošetřujícímu lékaři. Nabídka je v tomto případě charakterizována jako znalost a péče konkrétního lékaře, které občan většinou ochotně přijímá.

Forma nabídky je závislá na rozhodování ošetřujícího lékaře, který musí myslet na pacienta a poskytnout takovou nabídku zdravotní péče, která vychází ze subjektivních a objektivních potřeb pacienta, a která jeho zdravotní stav zlepší. V případě nadbytečné nabídky zdravotní péče je možné zvyšovat poptávku tím, že lékaři např. doporučí častější kontroly a celý koloběh nabídky a poptávky potom souvisí s individuálními ekonomickými

potřebami zdravotnictví. Pro odborného posuzovatele je velmi složité rozhodnout, které výkony či vyšetření byly nadbytečné a jaké jsou naopak nezbytnými. Tento problém řeší revizní lékaři zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním cílem je posuzovat výkony, vyšetření a zákroky z ekonomického pohledu zdravotní pojišťovny. [4] [25]

2.5 Principy financování zdravotnických zařízení v České republice

S problematikou financování zdravotní péče se potýkají všechny státy, i ty ekonomicky velmi vyspělé. Od vzniku České republiky se principy financování několikrát změnilo a především se odlišila vnitřní struktura zdravotnických subjektů. Část zdravotnických služeb přešla do privátní sféry, druhá část zůstala ve sféře státní. [4]

Na úplném počátku byly zdravotnické služby hrazeny pouze ze státních výdajů a subjekty zdravotnictví byly státní. Postupným privatizováním se vyčlenily samostatné privátní subjekty, mezi které se zpočátku zařadily privátní ordinace, privátní zdravotní dopravy, soukromé laboratoře apod. Privatizace se nevyhnula ani oblasti majetku, např. privatizování pozemků, dopravních prostředků, budov a vybavení. Tímto postupem vznikla i zcela samostatná privátní zařízení, která poskytují určité zdravotnické služby a ostatní činnosti související se zdravotnictvím. Existují i případy, kdy byly zprivatizovány celé polikliniky či nemocnice. [4] [7]

Velké nemocnice, především fakultní, bývalé krajské či okresní prozatím zůstávají pod patronátem státu, avšak do budoucna to není trvalý stav. O privatizaci nemocnic se vedou v politických sférách obrovské diskuze a s každým novým ministrem zdravotnictví přicházejí i nové argumenty zda privatizace ano či ne. Tato diplomová práce není zaměřena na privatizování nemocnic, tudíž autorka ponechává otázku privatizování otevřenou. [4] [33]

2.5.1 Financování ambulantní zdravotní péče

Do ambulantní zdravotní péče se řadí praktiční lékaři, ambulantní specialisté, laboratoře a RTG, stomatologové, fyzioterapeutové a domácí péče, lékařská služba první pomoci, zdravotnická záchranná služba a doprava raněných, nemocných a rodiček.

Praktiční lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dozor

Praktičtí lékaři jsou z větší části samostatnými, privátními lékaři a jejich financování prošlo v devadesátých letech několika změnami. Nejprve se praktický lékař financoval pouze výkonovou platbou, která se v tomto období používala pouze v České republice a Lotyšsku. Platba za jednotlivé výkony spočívala v rozložení zdravotní péče na jednotlivé výkony, které se od sebe odlišovaly způsobem provedení, obtížností, nároky na čas zdravotnického personálu a náklady na zdravotnický materiál. Každý zdravotní výkon měl určitý počet bodů, hradil se jednotlivě a výše úhrady se řídila sazebníkem výkonů, který byl vydaný státem, nebo se na něm dohodla zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením. Bodové ohodnocení se pohybovalo mezi 0,5 – 0,6 Kč. Tato metodika zvyšovala produkci výkonů ze strany poskytovatelů a s tím i spojené zvýšení výdajů ze strany zdravotní pojišťovny. Naopak platba za jednotlivý výkon eliminovala zavádění bonusů či malusů v závislosti na dosažení žádoucího objemu poskytovaných výkonů. [4] [35]

Kvůli negativům placení jednotlivých výkonů se přistoupilo na systém kombinované kapitačně výkonové platby, který je zachován do dnešní doby. Princip spočívá v tom, že lékař uzavře smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami v závislosti na výběru pojišťovny se svými klienty. Každý měsíc lékař účtuje nasmlouvaným zdravotním pojišťovnám úhradu za zdravotní péči, kterou poskytnul. Lékař se zdravotními pojišťovnami komunikuje přes předepsané formuláře nebo elektronicky. Zdravotní pojišťovny posílají lékařům úhradu za poskytnutou zdravotní péči.

Kombinované kapitačně výkonové platby se skládají ze dvou částí. První část představuje odměna ve fixní formě, tzn. formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má lékař v evidenci. Pro rok 2010 jsou měsíční úhrady stanoveny následovně:

- „50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do pěti pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- 49 Kč pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu minimálně 25 ordinačních hodin rozložených do pěti pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
- 47 Kč pro ostatní praktické lékaře,
- 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.“¹¹

Fixní část je uhrazena pokaždé bez ohledu na skutečnost, zda pacient za lékařem v daném měsíci přišel, nechal se ošetřit či vyžadoval konzultaci. Zdravotní pojišťovna kontroluje, aby jedna osoba nebyla registrována souběžně u více lékařů, jelikož fixní – kapitační poplatek hradí pouze tomu jednomu lékaři, u kterého je pacient zaregistrován k poslednímu dni měsíce. Výše základní sazby na jednicového pojištěnce se upravuje v závislosti na výši regulačního koeficientu. [4] [7]

Druhou část plateb praktických lékařů představují platby za určité úkony, které lékař poskytnul svým pacientům. Jelikož lékař má povinnost poskytnout pomoc a ošetření i těm pacientům, kteří nejsou u něj zaregistrovaní, zdravotní pojišťovna mu náklady za tyto pacienty také uhradí, ale jen do určité výše. Většinou se jedná o pacienty, které lékař potkal náhodně např. na dovolené, mimo bydliště či pracoviště. [4] [7]

Dle současné úpravy je Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami součástí Vyhlášky č. 134/1998 Sb., po novele č. 472/2009 s účinností od 1. 1. 2010, kterou vydalo

¹¹ Vyhláška č. 471/2009, Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010

MZČR. Pro konkrétnější představu je několik základních lékařských výkonů včetně bodového ohodnocení znázorněno v tabulkách 5 a 6. [4] [35]

Tab. 5 - Bodová hodnota základních výkonů lékaře pro děti a dorost

| Zdravotní výkon | Čas výkonu | Bodová hodnota |
|--|-------------------|-----------------------|
| Komplexní vyšetření lékařem – dítě do 6 let | 65 | 513 |
| Komplexní vyšetření lékařem – dítě nad 6 let | 60 | 474 |
| Tetanus - očkování | 15 | 126 |
| Návštěva novorozence dětskou sestrou | 60 | 143 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [35]

Tab. 6 - Bodová hodnota základních výkonů lékaře pro dospělé

| Zdravotní výkon | Čas výkonu | Bodová hodnota |
|--|-------------------|-----------------------|
| Komplexní vyšetření praktickým lékařem | 60 | 474 |
| Podrobný výpis z dokumentace | 30 | 120 |
| Návštěva praktického lékaře u pacienta | 0 | 60 |
| Návštěva praktického lékaře u pacienta mezi 22:00 – 6:00 | 0 | 200 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [35]

Hodnota bodu je stanovena vyhláškou č. 471/2009 Sb. a pro základní úkony činí 0,95 Kč. Existují i vyšší hodnoty, které jsou pro zvlášť vyjmenované zdravotnické úkony. Vyhláška dále hovoří o jednicovém pacientovi, avšak v závislosti na věku pacienta dochází ke změně nákladů, tudíž se zde používají koeficienty kombinované kapitačně výkonové platby, které vyrovnávají výkyvy mezi péčí. Je zřejmé, že náklady na zdravotní péči se s věkem mění. Za nejzdravější skupinu se považují lidé od 20 – 24 let naopak nejvíce zdravotní péče potřebuje věková kategorie 0 – 4 roky a nad 85 let. [4] [36]

Ambulantní specialisté

Mezi ambulantní specialisty se řadí lékaři, kteří se zaměřují na určitou oblast zdravotnictví. Financování ambulantních specialistů je velmi problémové, neboť systém zřetelně neuspokojuje stranu lékaře a stranu pojišťovny. Způsob, jakým se ambulantní specialisté

financují, se v průběhu devadesátých let několikrát změnil a stejně jako u praktických lékařů, i zde byl systém financování několik let založen na poskytnutých zdravotních výkonech.

Do Seznamu zdravotních výkonů byly zahrnuty zdravotní výkony s bodovými hodnotami, které vydalo MZČR a tento sazebník měl k dispozici každý ambulantní specialista. Podle sazebníku vykazoval lékař provedené výkony. Největším střetem zájmu lékařů a pojišťoven bylo finanční ohodnocení jednoho bodu, která byla záležitostí dohodovacího řízení mezi pojišťovnami a Lékařskou komorou. Bodová hodnota se vyhlašovala na nadcházející čtvrtletí. V případě, že se strany nedohodly, vstoupila do sporu vláda.

Systém platí doposud, i když takřka bez zásahu vlády. V případě nedohody se pokračuje dle předešlého sazebníku tak dlouho, dokud se jednotlivé strany neshodnou. Téměř extrémním systémem, který se dříve uplatňoval u ambulantních specialistů, byla tzv. maximální úhrada. Existovala předem stanovená hranice pro maximální úhradu od pojišťovny na čtvrt roku. V případě, že lékař této hranice dovršil již v prvních dvou měsících čtvrtletí, pracoval třetí měsíc zdarma. Systém nebyl vyhovující, ale určitá myšlenka se ponechala. V současnosti maximální úhrady existují, ale jsou stanoveny na jednoho pojištěnce. [4] [6] [7]

Laboratoře a RTG

Zdravotní péče, která je poskytovaná laboratořemi nebo rentgenovými pracovišti je hrazena podle vyhlášky MZČR paušální sazbou. Paušální sazba za zdravotní péči je stanovena jako objem úhrady za péči poskytnutou a uhrazenou zdravotními pojišťovnami v určitém období. Obdobím je druhé čtvrtletí roku a objem úhrady se vynásobí tzv. indexem změny výkonnosti zdravotnického zařízení podle příslušné pojišťovny. Index změny výkonnosti vyjadřuje přesun pojištěnců mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. U takových zdravotnických zařízení, kde nelze určit objem péče, kterou poskytují a není tak možné stanovit paušální sazbu, je zdravotní péče hrazena podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. V takovémto případě se bodové hodnoty pro laboratoř a pro RTG odlišují a vyšší hodnota bodu je u RTG. [4] [6] [7]

Systém paušálních sazeb je složitý, velmi pracný a časově náročný. Negativní charakteristiky zatěžují nejen zdravotní pojišťovny, ale i samotná zdravotnická zařízení. Možným řešením zjednodušení systému by mohlo být zavedení přímých plateb za jednotlivé výkony. [4] [7]

Stomatologická péče

Stomatologická péče je hrazena podobně jako péče poskytovaná ambulantními specialisty jen s tím rozdílem, že jednotlivé úkony nejsou ohodnoceny bodově, nýbrž korunově. Česká stomatologická komora dokázala již v roce 1997 prosadit samostatný sazebník stomatologických výkonů, které nejsou vyjádřeny bodovým ohodnocením, ale korunovým vyjádřením. Součástí sazebníku je také seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny pacientem přímo, dále materiály a výrobky, které jsou hrazeny částečně ze zdravotního pojištění a částečně pacientem.

Část peněz za stomatologická ošetření se převádí do zubních laboratoří, jelikož součástí stomatologické péče jsou i protetické práce. Přímé platby stomatologům jsou relativně dlouhou dobu stabilní a nabízí se otázka, zdali by stejný systém šel aplikovat i na ostatní obory zdravotnické péče, především do ambulantní péče. Pomocí systému financování se dají odstranit složité výpočty na straně lékařů i zdravotních pojišťoven. [4] [7]

Domácí péče a fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních

Zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních typu homecare (domácí péče) nebo fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních je hrazena na základě smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a jednotlivými zařízeními. Péče je ohodnocena body do limitu času nositele výkonu, jejichž výši stanoví MZČR vyhláškou. Nadstandardní péči, kterou zdravotnická zařízení nabízejí, si musí pacienti hradit sami. Jedná se např. o masáže či rehabilitační cvičení. Celý systém má prvky ze systému financování ambulantních specialistů (body) a financování stomatologů (přímé financování nadstandardních výkonů). [4] [8] [10]

Lékařská služba první pomoci

Lékařská služba první pomoci je financována obdobným způsobem jako domácí péče a fyzioterapie, tedy hodnotou bodu v Kč. Dříve byly stanoveny hranice maximální úhrady, které byly velkou nevýhodou systému. Existují období v roce, kdy lidé pohotovostní ambulanci navštěvují mnohem častěji. Jedná se např. o chřipkové epidemie. Když byly stanoveny maximální limity, lékaři pacienty ošetřit museli, ale překročením hranice limitu pracovali zadarmo. Zrušením hranice maximálních úhrad se systém vylepšil a nyní pracuje bez dalších regulací. [4]

Zdravotnická záchranná služba

V tomto případě je zdravotní péče financována dvojím způsobem. Za prvé se jedná o paušální sazbu, za druhé je to hodnota bodu v Kč stanovena vyhláškou MZČR. Formálně je financování zdravotnické záchranné služby jednodušší než u ostatních oborů, ale není optimální. Počet ošetřených může velmi kolísat, což může být pro zdravotnické zařízení nevýhodou. [4]

Doprava raněných, nemocných a rodiček

Veškerou zdravotní dopravu zajišťují buď subjekty, které jsou součástí nemocnic anebo subjekty, které jsou soukromé. V případě zdravotní dopravy, jež je součástí nemocnic, je její činnost plánována, rozpočtována a financování je prováděno v rámci nemocnice. U soukromých zdravotních dopravců je financování řešeno vztahem mezi se zdravotními pojišťovnami pomocí paušální sazby a hodnotou bodu v Kč, jako tomu je u zdravotnické záchranné služby. [4]

2.5.2 Financování akutní lůžkové péče

Jakým způsobem je lůžková péče charakterizována, již bylo objasněno, avšak jejímu financování je věnována tato kapitola. Zdravotní péče, poskytovaná v lůžkových zařízeních, je hrazena paušální sazbou na jednoho ošetřeného pojištěnce a hodnotou bodu v Kč. Paušální sazba je stanovena u lůžkové péče, ambulantní péči, dopravě aj. Hodnota bodu v Kč je způsob financování u odborných léčeben a léčeben pro dlouhodobě nemocné podle vyhlášky, kterou vydává MZČR. Financování se uplatňuje jako platba na jeden ošetrovací den, přičemž každý den má jiné bodové ohodnocení. [4]

Nemocnice

Nemocnice jsou financovány tzv. paušální platbou. Výše paušálu se stanovuje na základě skutečnosti předcházejícího roku, tzn. z údajů, které ukazují výši finančních prostředků obdržených v určité nemocnici v předcházejícím roce. Většina nákladů, které nemocnice vynaloží, je fixních, tzn. do jisté míry nezávislé na počtu pacientů či prováděných výkonech. Mezi fixní náklady v nemocnici se řadí např. elektřina, voda, teplo, které bude nemocnice spotřebovávat bez přímého vztahu s počty pacientů. Každá zdravotní pojišťovna by měla zohlednit ceny dodavatelů a v případě zvýšení cen energií zvyšovat i finance jdoucí do nemocnice.

V současné době nemocnice působí jako příspěvkové organizace, kdy finance získané vlastním úsilím (např. pronájem přístrojů, laboratoří apod.) jsou odváděny MZČR. V případě financí na vědeckou a výzkumnou činnost zůstávají k dispozici. Na investiční činnost nemocnice, která je omezena určitým limitem, dohlíží MZČR. V případě rozsáhlých investic se na financování podílí stát, popř. kraj. Některé nemocnice ve vlastnictví státu (fakultní či místní) jsou tedy financovány zdravotními pojišťovnami, státním rozpočtem a v krajním případě i krajským rozpočtem.

Většina nemocnic ve vyspělých státech Evropy je financována podobným paušálním systémem. V převážné míře jsou to neziskové organizace. V případě České republiky, kdy se neustále hovoří o privatizaci nemocnic je zřejmé, že také financování projde četnými změnami. Společně se změnou právní formy nemocnic na specifické akciové společnosti se změni i struktura financování. Oproti příspěvkové organizace má forma akciové společnosti přísnější pravidla pro hospodaření, především se jedná o majetek a o vedení účetnictví. Např. účtování o majetku s sebou přináší i účetní odpisy, jejichž tvorba je u příspěvkových organizací volnější a většina nemocnic s touto formou je ani netvoří a spoléhá na dotace ze strany státu. Hovoří se také o možnosti rozdělit specifickou akciovou společnost na ziskovou a neziskovou část, což však může negativně ovlivnit kvalitu poskytované zdravotní péče v oddílu méně ziskovém. [4] [7] [10]

2.5.3 Financování lékáren

Léky, léčebné pomůcky a zdravotnické zboží vydávané prostřednictvím lékáren, je také součástí plateb zdravotního pojištění. Většina lékáren je v dnešní době soukromými subjekty nebo patří pod určité zdravotnické zařízení např. lékárna patřící poliklinice. Pokud není lékárna vlastněna lékárníkem, pak zde musí vystupovat plně kvalifikovaná osoba, která odpovídá za chod lékárny po odborné a ekonomické stránce. Touto plně kvalifikovanou osobou je magistr nebo doktor farmacie.

Lékárna pracuje jako každý jiný samostatný ekonomický subjekt, nakupuje pomůcky, léky od výrobců z vlastních finančních zdrojů. Veškeré zboží jdoucí do lékárny je vyfakturováno, tudíž se uplatňuje běžný fakturační systém s lhůtou splatnosti s výdajem z konta lékárny. V případě, že lékárna patří pod nějaký zdravotnický subjekt, je povinnost financování převedena na onen subjekt. [4]

V případě výdeje léků, pomůcek a zdravotnického zboží jsou možné tři způsoby úhrady:

- lékárenské zboží je pacientovi vydáno zdarma. Jedná se o zboží, které je předepsáno lékařem a je plně kryto ze zdravotního pojištění. Lékárna za tyto lékařské předpisy získá úhradu od zdravotní pojišťovny klienta. Nároky na výplatu jsou kontrolovány revizními lékaři,
- lékárenské zboží s doplatkem. V tomto případě zdravotní pojišťovna nehradí celou cenu zboží, ale pouze její část. Jelikož jsou lékárny většinou privátními subjekty, doplatky za zboží se vzhledem ke konkurenceschopnosti mohou velmi odlišovat. Stejně tak i jednotlivé zdravotní pojišťovny se na zboží mohou podílet odlišně, některá přispívá více, jiná méně. Přehled léků a jejich úhrad jednotlivými zdravotními pojišťovnami je lékárníkům k dispozici,
- lékárenské zboží s úhradou v hotovosti. Do této kategorie spadá zboží, jež může být na lékařský předpis anebo nemusí. V každém případě je plná cena hrazena pacientem a zdravotní pojišťovna se na proplacení nepodílí.

Lékárna nárokuje u zdravotních pojišťoven financování zboží na lékařský předpis. O měsíc později finanční částku dostane celou, nebo je v případě nesrovnalostí zdravotní pojišťovnou redukována. Spotřeba léků na lékařský předpis v České republice měla

stoupající tendenci. Růst se zastavil po zavedení regulačních poplatků, které způsobilo zamezení předepisování léků, které si může pacient v lékárně volně koupit a ještě ušetří. [4] [7]

2.5.4 Financování léčiv

Způsob, jakým jsou léky financovány, určuje MZČR. Od roku 1995 je v České republice používán tzv. Generický princip kategorizace a úhrad, což znamená, že ve skupině generických substancí se nachází alespoň jeden lék, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění. U ostatních léků existuje rozdíl mezi úhradou a cenou, kterou doplácí pacient. Rozhodující činnost o skupinách léků má tzv. kategorizační komise MZČR. Celý systém je zaměřen tak, aby velmi nemocní pacienti, většinou nemající velké množství finančních prostředků, se dostali ke kvalitním a účinným lékům. V lékové politice se také uplatňuje, že přednost mají léky české výroby, pokud jsou ve stejné kvalitě jako zahraniční a teprve potom má pacient možnost rozhodnout se, zda chce plně hrazený český lék, nebo zahraniční lék stejného složení, který si však musí částečně doplatit. [4] [7] [29]

Státní ústav pro kontrolu léčiv

V České republice je možné distribuovat léky až poté, co jsou zaregistrovány u Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Ústav je součástí veřejné správy a jedná se o českou státní instituci, která má hlavní poslání v dohlížení používaných léčiv v České republice. Základem je kontrolovat, aby se v České republice používaly pouze jakostní, bezpečné a účinné léky, jakož i funkční a bezpečné zdravotnické pomůcky, příp. prostředky zdravotní techniky. Mezi hlavní činnosti SÚKL patří především registrace léčiv, kontrola cen a úhrad léčiv, klinické hodnocení, příprava, prodej a výdej léčiv, distribuce nebo samotný dozor nad výrobou léčiv. [29]

3 Zdravotnické zařízení jako podnik

V každém zdravotnickém zařízení probíhají ekonomické procesy, které mají dopad na ekonomiku dané zdravotnické instituce. Z důvodu ekonomického je nutné pohlížet na zdravotnické zařízení stejně, jako na jakýkoliv jiný hospodářský subjekt, ve kterém existují určité vstupy a výstupy. [4]

Vstupem ve zdravotnickém zařízení jsou lidé (pacienti, zaměstnanci, klienti, zákazníci), věcný kapitál hmotný (zařízení, přístroje, materiál), věcný kapitál nehmotný (licence, know-how) a finanční kapitál v podobě peněz. Aby se vstupy mohly přetransformovat do výstupů je zapotřebí zdravotnické péče, kterou se rozumí výkony lékařů a zdravotnického personálu. Konečným výstupem je dokončení procesu, tedy prodej služeb, léčiv, zdravotní techniky apod. Dalším faktorem stejným, jako u běžného hospodářského subjektu je zpětná vazba. V oblasti zdravotnictví se zpětnou vazbou rozumí kontrola zdravotního stavu po poskytnutí zdravotní péče, po propuštění z nemocnice, kontrola bezpečnosti apod. [4] [11]

Každý ekonomický subjekt musí sledovat své okolí a přizpůsobovat mu svoji činnost. Ekonomickým okolím, které ovlivňuje zdravotnická zařízení, je legislativa státu, legislativa zdravotnictví, vazby mezi zdravotnickými institucemi, konkurence, způsob distribuce, servis a opravy, postavení zdravotních pojišťoven a zdravotní faktory určité lokality.

Podnikání v kterékoli oblasti s sebou přináší obecné faktory, kterými se posuzuje úspěšnost a efektivita a na druhé straně i specifické faktory společné pro určité odvětví. Specifické faktory systému zdravotnictví v ČR jsou dány několika charakteristickými rysy, které jsou založeny na těchto podmínkách:

- právo na zdraví a život, které je v Listině základních práv a svobod,
- povinnost zdravotníků pod přísahou poskytnout první pomoc – u ostatních podniků je poskytnutí služby dáno vzájemnou úmluvou,

- služby poskytované zdravotnickými zařízeními, které jsou většinou pod státní správou – ostatní podniky jsou soukromého charakteru,
- financování zdravotnictví je založeno na principu solidarity – ekonomické podniky na tomto principu nepracují,
- poptávka po zdravotnických službách není konzumentem limitována, jako tak bývá u ostatních podniků,
- do zdravotnictví je zaručen trvalý přísun financí – podnik v jiné oblasti nemá zaručené dotace,
- ceny za výkony zdravotnických služeb bývají regulovány.

Ačkoliv existují specifické faktory pro oblast zdravotnických zařízení, mohou se zdravotnické instituce považovat za firmu a vyjadřovat se jejich náklady, výnosy, hospodářský výsledek, efektivita, úspěšnost podle obecných ekonomických charakteristik. [4] [10] [11]

3.1 Ekonomické činnosti zdravotnického zařízení

Pro všechny ekonomické subjekty platí stejné činnosti, které musí v menší či větší míře vykonávat, a které jsou nepostradatelné pro chod podniku. Mezi tyto nezbytné činnosti patří zásobování, vlastní poskytování služeb, pomocné a obsluhující činnosti, výstupní činnosti zdravotnické péče a řízení a správa.

3.1.1 Zásobování

Aby byl zajištěn plynulý chod ve zdravotnickém zařízení, je nutné zajistit zásobování potřebným materiálem, náhradními díly, dodávkou energií. Zásoby, které zdravotnické instituce spotřebovávají, se rozdělují na:

- zásoby základního materiálu (léčiva, obvazový materiál),
- pomocný a vedlejší materiál,
- náhradní díly.

Pohyb zásob je nutné evidovat a zachycovat přírůstky a úbytky. Vzhledem ke skladování je neekonomické mít velké množství zásob, naopak velmi malé zásoby mohou ve zdravotnickém zařízení způsobit problémy. Aby nedocházelo k výkyvům mezi maximální zásobou a minimální zásobou, existují tzv. normy spotřeby, pomocí kterých se plánuje nákup materiálu. Normy spotřeby jsou rozdílné pro zboží, které je prioritní (léky) a pro zboží doplňkové. Při vyčíslování norem je nutné vzít v úvahu i inflaci, která se může promítnout do plánů na příští období. Další pomůckou při výpočtu stavu zásob je i jejich obrat. [4]

3.1.2 Vlastní poskytování zdravotnických služeb

Každý výkon, který je ve zdravotnickém zařízení proveden, se zaznamenává do speciálního formuláře, pomocí kterých se pak žádá zdravotní pojišťovny o jejich úhradu. Obvyklým problémem jsou neshody mezi revizními lékaři daných zdravotních pojišťoven a zdravotnickými zařízeními o počtu ošetření či léčení. Zdravotní pojišťovny se pomocí revizních lékařů snaží bránit nadměrnému vyplácení.

Podobně jako u ostatních ekonomických subjektů se i ve zdravotnických službách používá plánování a dispečerské řízení. Jedná se např. o chirurgické, ortopedické, gynekologické či stomatologické zákroky, které jsou dopředu naplánované nejen z důvodu provedení samotného zákroku, ale z důvodu hospitalizace, rehabilitace apod. Plánování činností ve zdravotnické instituci se provádí dlouhodobě a zpřesňuje se na kratší časové úseky až na konkrétní denní úkol. V menších zdravotnických institucích je řízení spíše přímé s vysokým podílem denních úkolů. [4] [11]

3.1.3 Pomocné a obsluhující činnosti

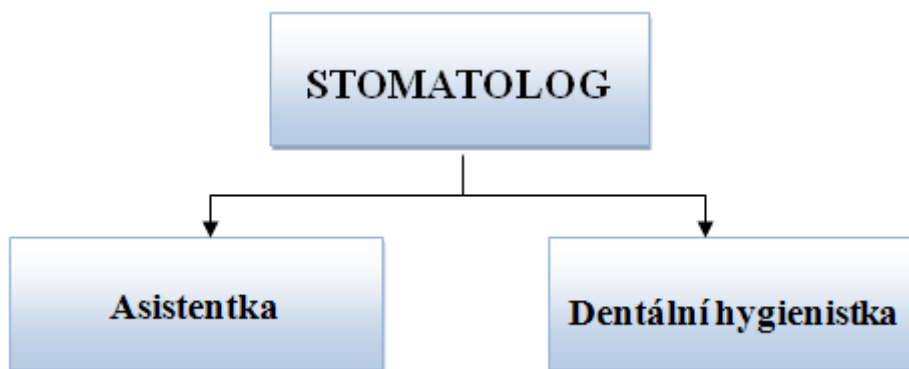
Kromě hlavní činnosti ve zdravotnických zařízeních je i velká řada tzv. pomocných, vedlejších aktivit. Mezi ně se dá zařadit např. údržba zařízení, praní prádla, stravovací zařízení, uklízení činnosti, odvoz odpadu, bezpečnost práce apod. Velké zdravotnické instituce mají pro tyto aktivity zřízeny vlastní útvary, avšak většina ostatních si pro doplňkovou činnost najímá externí firmy. [4]

3.1.4 Výstupní činnosti zdravotní péče

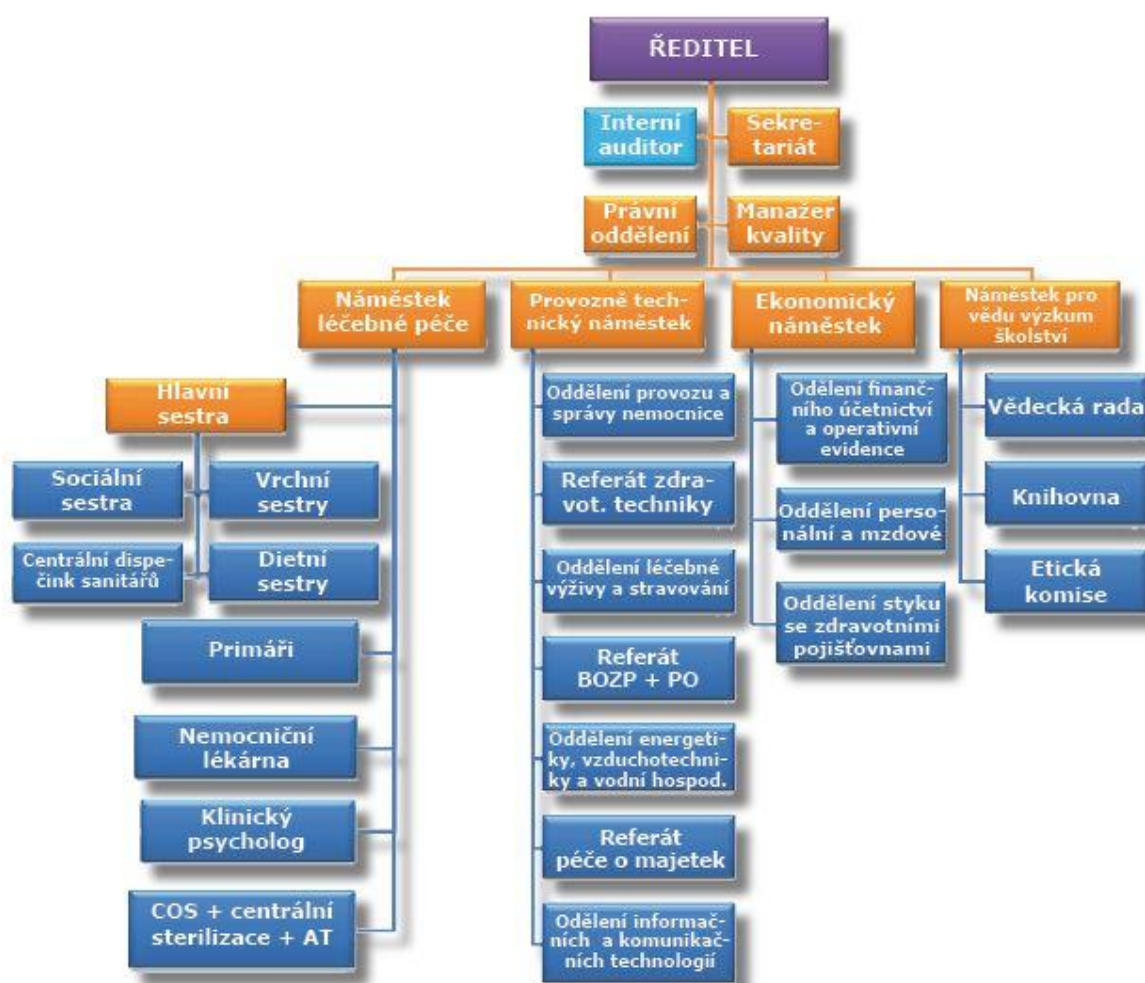
Výstupní činností se rozumí vykázaní nároku na úhradu provedených výkonů buď u příslušné zdravotní pojišťovny, nebo přímo u pacienta. Oba případy musí být zdokumentovány. Smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou se odlišují v závislosti na požadavcích zdravotní pojišťovny a rozdíly mohou být např. ve lhůtách stanovených pro úhrady nebo způsobu zálohování úhrad. Jestliže je zdravotní úkon hrazen přímo pacientem, vystaví zdravotnické zařízení příjmový pokladní doklad, jehož kopii archivuje. Nárokem na úhradu za zdravotní péči může být také vymáhání pohledávek. [4]

3.1.5 Řízení a správa

Veškeré činnosti zdravotního střediska usměrňují útvary či oddělení specializované na řízení a správu. Jedná se o oddělení zabývající se správou majetku, péčí o lidské zdroje apod. Velká zdravotnická zařízení mají organizační strukturu členitou, rozdělenou na různá oddělení a odbory, pro něž je vyhrazen ředitel či vedoucí. Existují pak úrovně jako ředitel pro personální činnost, ředitel pro léčebnou činnost apod. Na vrcholu celé organizační struktury je generální ředitel. Naopak u malých zdravotnických zařízení nejsou odbory a ředitelé pro jednotlivé úseky. Příklady organizačních struktur ambulantního specialisty a fakultní nemocnice znázorňují obrázky 9 a 10. [4] [21] [22]



Obr. 9 - Organizační struktura ambulantního specialisty - stomatologa
Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [4], [21]



Obr. 10 - Organizační struktura fakultní nemocnice

Zdroj: http://www.nemji.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=427000&id=1091&p1=1263

3.2 Podmínky pro činnost zdravotnického zařízení

Každé zdravotnické zařízení, které chce působit na území České republiky, musí vycházet z platných právních norem. V případě zdravotnické instituce je její působení ovlivněno úrovní, kvalitou a dimenzí hospodářské legislativy a současně také právními normami ovlivňující ekonomické prostředí daného státu. [4]

Jelikož činnost zdravotnického zařízení vyžaduje vysokou odbornost a kvalifikovanost, je možnost působení v oblasti zdravotnických služeb založena na specifických podmínkách, které jsou založeny na požadavcích státu. Podmínky jsou regulovány z hlediska odbornosti

i etiky a poskytování služeb pak navazuje na ekonomické předpoklady. Mezi nejdůležitější požadavky, které musí zdravotnické zařízení splňovat, chce-li poskytovat zdravotní péči, patří:

- licence České lékařské komory,
- schválení prostor pro výkon příslušnou hygienickou stanicí,
- schválení hygienicko-epidemiologického režimu,
- registrace a schválení zdravotnické instituce příslušnou zdravotnickou radou,
- uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami,
- uzavření pojištění odpovědnosti za škody z výkonu povolání (profesního pojištění),
- přidělení identifikačního čísla,
- registrace zdravotnického zařízení u příslušného finančního úřadu,
- registrace zdravotnického zařízení k účasti na důchodovém pojištění,
- registrace privátního lékaře k účasti na povinném zdravotním pojištění u zdravotní pojišťovny,
- povinnost lékaře provést registraci zaměstnanců k povinnému sociálnímu zabezpečení,
- otevření podnikatelského účtu,
- pojištění majetku, které se doporučuje, ale je nepovinné,
- vyhotovení razítka a zajištění dokumentů potřebných pro vedení účetnictví či hospodářskou evidenci,
- povolení vyplývající z umístění zdravotnického zařízení jako např. povolení od stavebního úřadu, obecního úřadu apod. [4] [7] [8] [10]

Aby mohl být zahájen provoz ve zdravotnickém zařízení, musí být výše uvedené předpoklady splněny.

3.3 Hospodaření zdravotnického zařízení

Hospodaření zdravotnického zařízení je závislé na jeho právní formě, ve které jsou značné rozdíly projevující se např. v oblasti daňové, účetní, povinnosti vytvářet rezervy, fondy

apod. Bez ohledu na právní formu existují ukazatele, které jsou pro zdravotnické instituce různých typů společná. Jedná se o náklady, výnosy a hospodářský výsledek.

3.3.1 Náklady

Ať už je zdravotnické zařízení příspěvkovou organizací, fyzickou či právnickou osobou, vynakládá na straně vstupu určité náklady. Podle fáze podnikání, ve které náklady vznikají, se hovoří o pořizovacích, provozních a investičních nákladech.

Pořizovací náklady představují finance vynaložené na nákup technického zázemí, budov, přístrojů, materiálu, léků aj. potřebných pro zajištění chodu zdravotnického zařízení. V průběhu zdravotnické činnosti, při transformaci vstupů na výstup, jsou zapotřebí provozní náklady. Pro dosažení nejlepších výsledků (výstupů) je zapotřebí snižovat náklady a zvyšovat výnosy. Proto pro vývoj podniku je nezbytné investovat finance a tím vznikají investiční náklady, které postupem času přinesou vyšší výnosy.

Z ostatních hledisek se dají náklady rozdělit podle:

- druhu – materiálové, mzdové, finanční, výrobní režie, odpisy, správní režie apod.,
- účelu – přímé (lze je přímo stanovit na kalkulační jednotci např. na pacienta, oddělení), nepřímé (nelze je stanovit přímo, k výpočtu se používají různé metody např. průměry),
- vztahu nákladů k objemu produkce – stálé (pevné, jejichž výše se na objemu produkce nemění), proměnlivé (variabilní, kde výše nákladů se mění s rozsahem činnosti rovnoměrně, progresivně, degresivně),
- reálného vynaložení – explicitní (náklady, které se platí), implicitní (náklady, které se neplatí, např. pronájem operačního sálu).

Při posuzování efektivity činnosti zdravotnického zařízení se používají nejčastěji celkové náklady, což je celkový souhrn veškerých nákladů vznikajících za určitou dobu. Za další jsou to průměrné náklady (celkové náklady na jednotku), anebo mezní náklady (přírůstek nákladů při růstu činnosti). [4] [11]

3.3.2 Výnosy

Ve zdravotnických institucích jsou výnosy ve formě ocenění výkonů činností zdravotnického personálu. Úhradou za vykonané služby vznikají prvotní výnosy, v případě výnosů provozních se hovoří o druhotných výnosech, kterými může být např. tržba za určité období. V souvislosti s výnosy je podstatné zmínit vztah s příjmy. Výnos je právo na příjem, naopak příjem je již realizování práva.

Výnosy, stejně jako náklady, můžeme vyjádřit v agregátních veličinách, kterými jsou celkové příjmy/výnosy, jež představuje částka, která byla získána za realizaci činnosti. Průměrné příjmy/výnosy, tzn. veličina na jednotku a mezní příjmy/výnosy, což jsou změny vyvolané zvýšením činnosti o jednotku výkonů.

Stěžejní částí výnosů jsou tržby za poskytnuté zdravotní služby. V případě lékáren se může jednat i o prodané zboží. Tržby jsou souhrnem účtu „výnosy“ a rozdělují se na hrubé tržby, tzn. vydané faktury za určité období a čisté tržby, tzn. hrubé tržby po odečtení slev odběratelům. Každý ekonomický subjekt má zájem na tom, aby byly výnosy co nejvyšší a příjem se zvyšoval. Nejdůležitější je, aby výnosy převyšovaly náklady, což je v prvních měsících a letech podnikání velmi obtížné. [4] [11]

3.3.3 Hospodářský výsledek

Činnost subjektu se vyjadřuje hospodářským výsledkem, který představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady za určité období. Rozdíl může být buď kladný, jedná se o zisk, záporný – ztráta anebo je rozdíl nulový, tudíž i hospodářský výsledek je nulový.

Každý podnik se snaží zajistit co nejvyšší zisk a pro většinu podnikatelů je to ukazatel, podle kterého se rozhodují o základních otázkách týkajících se hospodaření, množství aktivit, investicích, rozšiřování podniku apod. Zisk se může maximalizovat dvěma způsoby. Za prvé lze snížit náklady, hledat úspory a zvyšovat produktivitu práce. Za druhé je možné maximalizovat výnosy. V případě ztráty se podnikatel rozmýšlí, zda se jedná o ztrátu z důvodu začínající činnosti a má smysl v podnikání pokračovat nebo zda je to

dlouhodobá ztráta a pro podnik by bylo lepší činnost ukončit. Rozhodování o zisku a ztrátě je spojováno také s typem konkurence na trhu, kde subjekt podniká. Dokonalá konkurence většinou vede pouze k zisku naopak v nedokonalé konkurenci je prosazení se na trhu obtížné.

Nejen maximalizace zisku je pro každého podnikatele vrchol podnikání. Existují i alternativní cíle firmy, které maximalizaci zisku vyvrací a za důležitější považují např. uspokojení ekonomických potřeb, udržení se na trhu nebo dosažení uspokojivého zisku, nikoliv maximálního. [4] [11]

Hospodaření fyzických osob jako soukromého subjektu

Jestliže soukromé zdravotnické subjekty působí jako fyzické osoby, pracují na bázi samofinancování. Fyzické osoby vedou daňovou evidenci (dříve jednoduché účetnictví) a daň z příjmu FO, porovnávají tedy příjmy a výdaje – uskutečněné platby. Daňová evidence zachycuje přílivy a odlivy peněz na účtu nebo v hotovosti. Přílivy či odlivy musí FO rozdělovat na ty, které jsou zahrnuty nebo nezahrnuty do daně z příjmu čímž ji ovlivní či neovlivní. Oproti účetnictví tento způsob nerozlišuje časové rozlišení a pro výpočet daně se nezohledňují kategorie výnosu a nákladů. Řada ekonomických subjektů pracuje v režimu FO především z ekonomické výhodnosti a vykazují tak příznivé výsledky. Tento způsob hospodaření využívají většinou ambulantní lékaři. [4]

Hospodaření právnických osob jako soukromého subjektu

Hospodaření zdravotnických institucí jako právnických osob se přizpůsobují zvolené právní formě. Právní formy se od sebe odlišují především způsobem rozdělování zisku, úhrady ztráty, velikostí ručení, způsobu ručení, vedení účetnictví a platbami daně z příjmu. Obecně platí, že právnické osoby musí být zapsány v obchodním rejstříku, čímž jim vzniká povinnost vést účetnictví (dříve podvojný účetnictví) a tím rozlišovat výnosy, náklady, zisk a ztrátu. Subjekt, který vede účetnictví, musí měsíčně vykazovat účetní závěrky, měsíční daňová přiznání k dani z příjmu PO a pravidelné platby této daně finančnímu úřadu. Každá právní forma, kterou zdravotnické zařízení může mít, s sebou přináší výhody a nevýhody, avšak nejčastější formou je akciová společnost. [4]

Hospodaření příspěvkových organizací

Většina nemocnic v České republice působí jako příspěvková organizace, ačkoliv jejich privatizováním se časem může vše změnit. Hospodaření od předchozích dvou forem je velmi odlišné. Hlavní roli zde hraje zřizovatel, kterým může být např. MZČR. Zřizovatel v rámci svého hospodaření poskytuje příspěvek na činnost zdravotnického zařízení, který je velkým zdrojem příjmů. Většinou to není jediný zdroj peněz a mezi další patří např. získané prostředky z vlastní činnosti, prostředky z jiné hospodářské oblasti než je vlastní předmět podnikání, příspěvky a dary od FO, PO a státních fondů. Hospodářský výsledek zůstává příspěvkové organizace a o jeho rozdělení rozhoduje zřizovatel. [4]

4 Měření kvality ve zdravotnických zařízeních

Kapitola je věnována obecnému vnímání kvality zdravotní péče a způsobům jejího měření včetně dosažených výsledků.

4.1 Kvalita zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče je dynamický mnohorozměrný proces, který je v moderním kontextu vnímán jako filozofie úzce spojená s organizační kulturou. Kvalita má svoji dlouhou historii a za první „organizátory“ sledující kvalitu byly považovány jednotlivé cechy. Cech stanovil pravidla, která se následně sledovala, zda jsou plněna správně. V případě neplnění či oklamání zákazníka se trestalo. Postupem doby se teorie kvality rozvíjela a zařazoval se do ní aspekt zodpovědnosti. Koncem 80 let 20. století se začala zvyšovat orientace na zákazníka, která přešla i do zdravotnických zařízení, kde začaly vznikat první managementy kvality. [14]

Dle Světové zdravotnické organizace se kvalita zdravotní péče definuje jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Mezi účastníky, vyskytující se v tomto procesu kvality zdravotní péče, se řadí pacienti, lékaři, zdravotní manažeři, pojišťovny a okolí, které kvalitu ovlivňuje v oblasti sociální, legislativní, technologické a ekonomické. [19] [28]

Zvyšování kvality zdravotní péče je také jedním ze základních cílů modernizace zdravotnických služeb. Za nejoptimálnější se považuje zvyšování kvality při snižování nákladů. [1]

4.2 Předmět hodnocení

Při hodnocení kvality zdravotní péče nemusí být tím nejdůležitějším pouze činnost (vlastní proces), ale také zdroje vkládané do služeb a výstup (dopad) zdravotní péče. Dle tohoto vymezení existují tři základní typy studií kvality:

- strukturální studie – zabývá se měřením kvality zdrojů, prostředků a zdravotnických zařízení, kvalifikací pracovníků, organizace práce, administrativním uspořádáním apod.,
- procesuální studie – orientovaná na samotný proces poskytování zdravotnických služeb,
- výsledková (cílová studie) – orientovaná na posouzení dopadu a výstupu všech předcházejících aktivit.

Při hodnocení kvality je důležité pro každou konkrétní studii vypracovat operační definici kvality a zvolit vhodné, validní, citlivé a spolehlivé ukazatele. Celý proces je složen z následujících požadavků:

- přesné definování kvality – před zjištěním kvality je potřeba vyjádřit její vymezení, aby nedocházelo k nepřesným formulacím výsledků,
- určení indikátorů či kritérií struktury,
- specifikace metod, pomocí kterých se měří indikátory a kritéria,
- stanovení programů zajištění kvality,
- monitorování činností, plánování a implementace zásahů k řešení problémů,
- vyhodnocení zásahů. [4] [28]

4.3 Způsoby měření

Měření kvality zdravotní péče je dlouho hledaný cíl medicíny. Nej kvalitnější péči za nejnižší možnou cenu hledají jak konsumenty - pacienti, tak i nakupující v podobě zdravotních pojišťoven, vlády, zaměstnavatelů apod. Zdravotnické zařízení, které může prokázat, že poskytuje nej kvalitnější péči, má předpoklad stát se vítězem na trhu zdravotní péče.

Kvalitu zdravotní péče lze měřit na třech úrovních. Za první je to úroveň mezinárodní, kdy se porovnávají výsledky mezi jednotlivými státy. Za druhé makro-úroveň, která měří kvalitu v daném státě. Třetí úroveň je mikro a měří kvalitu jednotlivých zdravotnických zařízení.

Pro měření mezinárodní úrovně zdravotní péče jsou používány následující mezinárodní systémové modely kvality.

Model definující proces tvorby akreditačních standardů akreditační agentury ALPHA součástí ISQ

Model je založen na standardech, které jsou podepřeny mezinárodně akceptovanými klíčovými koncepty. Tyto standardy stanovují jasné požadavky na zapojení pacientů do zdravotní péče, respektování práv pacienta, navázání spojení s ostatními poskytovateli zdravotní péče v regionu apod. Důležité je jasně vymezit definici, obsah a rozsah standardů, které musí být založeny na aktuálních a solidních informacích z praxe. [19]

Model akreditačních standardů JCIA

Tento model je v souladu s mezinárodními principy ALPHA, ale hodnocení a udělení akreditace provádí JCIA. Standardy jsou zaměřené na potřeby pacienta jako např. na práva pacientů, péči o pacienty, diagnostický proces apod., a na funkci zdravotnického zařízení jako instituce. Mezi standardy vymezující funkci zdravotnického zařízení patří např. bezpečnost zdraví při práci, protiepidemická opatření, řízení kvality včetně spokojenosti pacientů, zaměstnanců, kvality výstupů procesů poskytování zdravotní péče apod. [19]

Model excellence EFQM (model evropské ceny za jakost)

Původně byl tento model brán jako nástroj, pomocí kterého se porovnávají organizace v soutěžích o ceny za kvalitu. Postupně se stal účinným a efektivním nástrojem sebehodnocení podniků založeným na pokrytí všech aspektů života podniků či organizací. Základem je devět základních kritérií: vedení, politika a strategie, zaměstnanci, partnerství, procesy, zákazníci, pracovníci, společnost a klíčové výsledky výkonnosti. Ve zdravotnických zařízeních je používán jako nástroj, pomocí kterého se řídí vrcholový management v oblasti národních cen. [19]

Modely systému managementu jakosti ISO

Modely jsou zaměřeny na podporu prodeje kvalitních výrobků. Na evropském kontinentě patří tyto modely mezi nejznámější a v oblasti požadavků na kvalitu jsou nejuznávanější mezinárodními federacemi. Každý z modelů se zabývá určitým specifickým z oblasti

managementu kvality. Vzniká tak model zaměřený na základy managementu, systémy managementu, zavedení systémů managementu, plánování a provádění auditů kvality apod. [19] [30]

4.4 Vyhodnocení kvality

Vyhodnocuje-li se kvalita zdravotních služeb, provádí se tak nejčastěji ve třech dimenzích. Za prvé je to dimenze klienta, který vyjádří svůj názor na kvalitu péče, jež mu byla ve zdravotnickém zařízení poskytnuta. Za druhé je to dimenze služeb z pohledu profesionálního, což znamená vyjádření odborníků poskytujících zdravotní péči. Do třetí dimenze je zařazena kvalita z pohledu řízení. [19] [28]

Řízení kvality ve zdravotnických zařízeních je mnohem těžší a složitější než v ostatních průmyslových podnicích. Složitost vyplývá z odlišnosti vnímání kvality a ze skutečnosti, že zdravotnické služby vztahující se na život pacienta mají nehmotný, abstraktní charakter. Zatímco v průmyslovém podniku je určujícím faktorem samotná kvalita výrobku, ve zdravotní péči je pozornost zaměřená na vztah mezi zdravotním personálem a pacientem. [14]

Když se vyhodnocuje kvalita nemocniční péče, je celý princip relativně snadnější než u ambulantní péče. Důvodem jsou podrobné záznamy a moderní informační technika umožňující zpracovávat velký počet údajů. Jako nejobtížnější hodnocení kvality se považuje u preventivní péče. Jednou z možností je posouzení nákladů, avšak výsledky bývají neuspokojivé a ne vždy konkrétní. [4]

Měření kvality zdravotní péče je velmi důležité a podílí se na něm jak samotné Ministerstvo zdravotnictví České republiky, tak i soukromé instituty či ostatní subjekty zabývající se statistickým vyhodnocením dat, které vyhodnocují na základě žádosti zdravotnického zařízení. Stále častější je v poslední době skutečnost, že samotné zdravotnické zařízení zadá vypracování vyhodnocení kvality zdravotní péče soukromému subjektu a zjištěné výsledky pak implementuje do samotného řízení zdravotnického zařízení.

4.5 Měření kvality zdravotní péče v České republice

Nelze přesně konkretizovat datum, kdy bylo provedeno první měření kvality zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních na území České republiky. Prvopočátky hodnocení kvality se však dají zařadit na konec 90. let a byly zapříčiněny negativní reakcí pacientů na zdravotnické instituce, kdy si začali sami vynucovat kvalitnější péči.

Postupně na tuto skutečnost začala reagovat většina managementů nemocnic svými vlastními jednoduchými a nárazovými způsoby hodnocení spokojenosti pacientů. Příkladem je „*Masarykův onkologický ústav v Brně*¹², jež sledoval spokojenost a kvalitu od roku 2000. Dále *Fakultní nemocnice Ostrava*“¹³, která se šetřeními kvality poskytované péče zabývá od roku 1999. V následující subkapitole jsou zmíněny dvě nejrozsáhlejší hodnocení kvality poskytované péče v České republice.

4.5.1 Kvalita očima pacientů

Projekt Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí vznikl jako reakce na projekt Světové zdravotnické organizace s názvem „Zdraví 21“. Tento projekt je určen evropskému regionu a zájmy České republiky souvisejí se začleňováním do Evropské unie. Systém kontinuálního rozvoje kvality se díky tomuto programu stal součástí Národní politiky podpory jakosti, Střednědobé koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví České republiky v letech 2000 – 2003 a Národního programu přípravy České republiky na členství v Evropské unii.

Začlenění se do Evropské unie bylo jedním z impulzů ke vzniku projektu Kvalita očima pacientů v roce 2001. Cílem bylo vyvinout profesionální metodické nástroje a provést nezávislé pilotní šetření, na kterém by se ověřila metodika, použitelnost a srovnatelnost kvality zdravotní péče na území České republiky s mezinárodními standardy. [18]

Projekt sleduje odděleně kvalitu v lůžkové péči a ambulantní péči. Pacienti na lůžkovém oddělení hodnotí celkem 50 ukazatelů kvality, které tvoří osm dimenzí:

¹²<http://www.mou.cz/cz/usek-kvality-zdravotni-pece/departament.html?id=31&chapter=18>

¹³ http://www.fno.cz/documents/kvalita_pece_e.pdf

- přijetí pacienta do zařízení,
- respekt – ohled – úcta k pacientovi,
- koordinace a integrace péče o pacienta,
- informace a komunikace s pacientem,
- tělesné pohodlí pacienta,
- citová opora pacienta,
- zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta,
- propuštění pacienta ze zařízení.

Obdobné dimenze hodnotí pacienti u ambulantní péče:

- dostupnost péče,
- čekárna a prostředí,
- návštěva lékaře/zdravotního odborníka,
- přístup personálu k pacientovi,
- informace o vyšetření a léčbě,
- informace o lécích,
- následná péče,
- celkový dojem z návštěvy ambulance. [18]

Dne 1. 1. 2006 nabyl účinnosti příkaz tehdejšího ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha č. 52/2005, Bonusový a sankční řád; Pravidla sledování kvality poskytované péče a sledování hospodářských ukazatelů ve velkých přímo řízených nemocnicích. Tento příkaz stanovil jednotnou metodiku sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů ve zdravotnických zařízeních přímo řízených ministerstvem. Vzhledem ke skutečnosti, že příkaz byl vydán v době, kdy už probíhal projekt Kvalita očima pacientů, jednalo se ministerstvu především o jednotnost sledování kvality v zařízeních, jejichž zřizovatelem bylo samotné ministerstvo zdravotnictví. [20]

Projekt Kvalita očima pacientů provádí hodnocení fakultních nemocnic a ústavů, psychiatrických léčeben a rehabilitačních ústavů. Výsledky za rok 2009 jsou zobrazeny v následujících tabulkách 7, 8 a 9.

Tab. 7 - Nejúspěšnější fakultní nemocnice a ústavy v roce 2009

| Pořadí | Název zdravotnického zařízení | Úspěšnost v % |
|--------|---|---------------|
| 1 | Masarykův onkologický ústav | 85,75 |
| 2 | Nemocnice Na Homolce | 83,83 |
| 3 | Fakultní nemocnice Hradec Králové | 82,66 |
| 4 | Fakultní nemocnice Ostrava | 82,33 |
| 5 | Institut klinické a experimentální medicíny | 82,19 |
| 6 | Fakultní nemocnice Plzeň | 81,30 |
| 7 | Fakultní nemocnice v Motole | 81,18 |
| 8 | Fakultní nemocnice Na Bulovce | 79,69 |
| 9 | Fakultní nemocnice Královské Vinohrady | 79,54 |
| 10 | Fakultní nemocnice Olomouc | 79,36 |
| 11 | Všeobecná fakultní nemocnice v Praze | 78,79 |
| 12 | Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně | 78,77 |
| 13 | Ústav pro matku a dítě | 77,58 |
| 14 | Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou | 76,45 |
| 15 | Fakultní nemocnice Brno | 75,80 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [18]

Tab. 8 - Nejúspěšnější psychiatrické léčebny v roce 2009

| Pořadí | Název zdravotnického zařízení | Úspěšnost v % |
|--------|-------------------------------|---------------|
| 1 | Červený Dvůr | 83,78 |
| 2 | Bílá Voda | 78,99 |
| 3 | Kosmonosy | 78,22 |
| 4 | Šternberk | 77,99 |
| 5 | Opava | 75,43 |
| 6 | Jihlava | 74,91 |
| 7 | Brno | 73,70 |
| 8 | Havlíčkův Brod | 73,41 |
| 9 | Kroměříž | 71,99 |
| 10 | Horní Beřkovice | 70,45 |
| 11 | Dobřany | 70,09 |
| 12 | Bohnice | 67,31 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [18]

Tab. 9 - Nejúspěšnější rehabilitační ústavy v roce 2009

| Pořadí | Název zdravotnického zařízení | Úspěšnost v % |
|--------|-------------------------------|---------------|
| 1 | RÚ Kladruby | 86,49 |
| 2 | RÚ Luže-Košumberk | 82,95 |
| 3 | RÚ Hrabyně | 79,22 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [18]

Dále se projekt Kvalita očima pacientů zaměřuje na kategorizaci a certifikaci.

Kategorizace

Kategorizace zahrnuje všechna hodnocená zdravotnická zařízení a rozzařuje je podle dosažených výsledků spokojenosti pacientů do šesti kategorií (A+, A, A-, B+, B, B-). Jedinou podmínkou pro zařazení zdravotnického zařízení do kategorizace je splnění minimální návratnosti dotazníků, která je stanovena minimální hranicí 50 %.

Do kategorie A+ (významně nadstandardní) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: FN Hradec Králové, FN Ostrava, FN Plzeň, FN v Motole, Masarykův onkologický ústav Brno, Nemocnice Na Homolce, IKEM, PL Červený Dvůr, PL Bílá Voda, PL Kosmonosy, RÚ Kladruby, Hamzova odborná léčebna, Ústřední vojenská nemocnice Praha, ON Příbram, Nemocnice Frýdlant, Nemocnice Turnov, ON Benešov, ON Kolín, ON Mladá Boleslav. [18]

Do kategorie A (nadstandardní) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: PL Štamberk, PL Opava, Nemocnice Jablonec nad Nisou, Nemocnice Na Františku, Nemocnice Tanvald.

Do kategorie A- (standardní) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: FN Na Bulovce, FN Královské Vinohrady, FN Olomouc, Ústav pro matku a dítě, PL Jihlava, PL Brno, PL Havlíčkův Brod, RÚ Hrabyně, Krajská nemocnice Liberec.

Do kategorie B+ (mírně pod standardem) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: Všeobecná FN v Praze, FN u sv. Anny v Brně, PL Kroměříž.

Do kategorie B (pod standardem) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: PL Horní Bečkovice, PL Dobřany.

Do kategorie B- (významně pod standardem) byly dle šetření v roce 2009 zařazeny tyto instituty: FN Thomayerova, FN Brno, PL Bohnice. [18]

Certifikace

Certifikace představuje udělení certifikátu „Spokojený pacient“, o které může požádat každé zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je MZČR, a které prokáže splnění metodických a výkonnostních kritérií stanové MZČR. Mezi metodická kritéria patří např. dodržení pravidel dotazníku, distribuce a sbírání dotazníků, vyvěšení veřejných informací o prováděném šetření či dodržení zásad pro manipulaci s dotazníky a archivaci dokumentace. Výkonnostní kritéria představují min. hranice úspěšnosti, ve kterých se může navrhované zdravotnické zařízení pohybovat. Naposledy byly certifikáty navrženy 20. 4. 2010 v Olomouci zdravotnickým zařízením uvedeným v tabulce 10. [18]

Tab. 10 - Navržené certifikáty „Spokojený pacient“ v roce 2010

| Kategorie | Lůžková zdravotnická zařízení | Lékaři lůžkových zařízení | Sestry lůžkových zařízení |
|-----------------------|---|----------------------------------|---|
| Rehabilitační ústavy | RÚ Kladruby | RÚ Kladruby | RÚ Hrabyně RÚ Kladruby |
| Psychiatrické léčebny | PL Bílá Voda PL Kosmonosy PL Červený Dvůr | PL Kosmonosy PL Červený dvůr | PL Červený Dvůr |
| FN a ústavy | FN Hradec Králové FN Ostrava FN Plzeň Masarykův ústav v Brně | Masarykův ústav v Brně | FN Hradec Králové Masarykův ústav v Brně |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [18]

4.5.2 Nemocnice ČR

Projekt Nemocnice ČR je celostátní porovnání nemocnic působících na území České republiky, které nezisková organizace HealthCare Institute provádí ze tří pohledů:

- spokojenost pacientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- výkonnost nemocnic podle jejich ekonomických výsledků.

Průzkum je prováděn každý rok na základě názorů pacientů a výsledky jsou přístupné všem obyvatelům České republiky. Metodika je jednotná, tudíž je možné kvalitu nemocnic srovnávat. Instrukce nabízí nemocnicím i jednotlivé průzkumy, které jsou podrobnější.

Nejlepším nemocnicím je udělen Certifikát HealthCare Institute, který osvědčuje ohleduplnost a přátelskost nemocnice k pacientům.

Více informací o metodice, struktuře dotazníku a výsledcích bude popsáno v kapitole 5, jelikož empirická část této diplomové práce je založena na stejném šetření, které HealthCare Institute vykonává. [27]

5 Analýza kvality zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav

Kapitola se zabývá výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Zjištěné výsledky jsou porovnány s údaji uveřejněnými neziskovou organizací HealthCare Institute, která se každoročně zabývá komplexním hodnocením zdravotnických zařízení s kódy 101 a 102 (Fakultní nemocnice a Nemocnice) působící na území České republiky.

5.1 Historie Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Rozhodnutí o výstavbě, tehdy ještě okresní nemocnice v Mladé Boleslavi, přišlo 3. 12. 1888 a o necelých sedm let později, 27. 10. 1895, byla nemocnice slavnostně otevřena, přičemž řádný provoz byl zahájen o rok později. Prostředky na výstavbu nemocnice byly získány od zemských za spoluúčasti okresu, měst a obcí. V tuto dobu fungovaly tři pavilony – chirurgický, infekční a pro vnitřní choroby. Stejná struktura zůstala až do roku 1981, kdy vznikla oddělení ARO, urologie a nukleární medicíny. Postupem doby se nemocnice rozrůstala a dnes působí v nemocnici 29 oddělení různého zaměření. Od roku 2005 je jediným zakladatelem a akcionářem Středočeský kraj, který převzal péči a z Okresní nemocnice se stala Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s. Tato právní forma přetrvává dodnes.

5.2 Cíle práce a stanovení hypotéz

Cíle a hypotézy byly stanoveny na základě zajímavých, výstižných a kvalitu vypovídajících částí dotazníku.

- Cíl 1: Zjistit kvalitu poskytované zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.
- Cíl 2: Porovnat zjištěné výsledky se statistickými šetřeními projektu „Nemocnice České republiky 2009“ uveřejněnými HealthCare Institute.

- H 1: Předpoklad, že Oblastní nemocnice Mladá Boleslav se v žebříčku kvality poskytované péče zařadí mezi předních pět nemocnic s kódem 102.
- H 2: Předpoklad, že 62,6 %¹⁴ respondentů bude pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny, která v celé České republice zaujímá právě 70% podíl všech pojištěnců.
- H3: Předpoklad, že více než 50 % respondentů by uvítalo více informací o výsledcích zdravotní péče v nemocnici, ve které se léčili.
- H4: Předpoklad, že více než 50 % respondentů bylo srozumitelně seznámeno s navrženým postupem léčby, obvyklým časovým harmonogramem a případnou rehabilitací.
- H5: Předpoklad, že více než 50 % respondentů uvedlo, že s kvalitou provedeného zákroku jsou spokojeni výborně a dobře.
- H6: Předpoklad, že více než 50 % respondentů uvedlo, že s úrovní intimity při vyšetření jsou spokojeni výborně.

5.3 Metodologie

Diplomová práce se zabývá zjišťováním kvality poskytované zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, což je také první cíl empirické části diplomové práce. Druhým cílem je zjištěné výsledky porovnat se statistickými šetřeními uveřejněnými HealthCare Institute.

5.3.1 Metoda výzkumu

Základní metodou pro získání dat, která jsou nezbytná k vypracování empirické části diplomové práce, byla dotazníková metoda. Struktura dotazníku je složena ze vstupní identifikační informace, části A – základní informace a části B – informace o kvalitě zdravotnického zařízení.

¹⁴ *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online]. [cit. 28. 3. 2010]. ÚZIS ČR, 2009, s. 191. ISBN 978-80-7280-845-8. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300&mnu_action=select>

Vstupní identifikační informace obsahuje oslovení respondentů, zachování anonymity, účel a použití dotazníku a následné poděkování za řádné vyplnění. Část A – základní informace mají za cíl rozřadit respondenty podle pohlaví, ročníku narození, dosaženého vzdělání a zdravotní pojišťovny. Část B je složena z 32 otázek týkajících se kvality zdravotnického zařízení. U částí A a B jsou uvedené instrukce k vyplňování – zda je možno označit více možností či pouze jednu.

Všechny otázky uvedené v dotazníku jsou zavřené, kdy respondenti měli na výběr z možností. Více než polovina otázek je tzv. dichotomického typu, kdy respondenti vybírají mezi alternativou ano x ne. Aby nedocházelo ke ztrátě dat kvůli nevyplnění některé otázky, kterou např. respondenti nechtějí zodpovídat, je u všech otázek uvedena možnost „neuvádím“ či „nechci odpovídat“. I přes tuto možnost se však našly dotazníky, které musely být z šetření vyřazeny, jelikož odpovědi na některé otázky nebyly žádné nebo nejednoznačné.

Otázky v dotazníku jsou totožné s otázkami z komplexního hodnocení nemocnic institutem HealthCare, který jejich použití v této diplomové práci schválil. Důvodem převzetí otázek bylo konečné porovnání Oblastní nemocnice Mladá Boleslav s ostatními nemocnicemi. V případě použití vlastních otázek by tato konfrontace nebyla možná. HealthCare Institute byl také uveden v úvodních informacích o dotazníku, aby byli respondenti seznámeni s tím, že autorka dotazník nevytvářela, nýbrž se schválením převzala. Konkrétní podoba celého dotazníku je v příloze A.

5.3.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl určen pro respondenty, kteří v době vyplňování byli hospitalizováni v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, nebo jejich hospitalizace proběhla nejpozději před jedním rokem. Důvodem výběru právě zvoleného zdravotnického zařízení je skutečnost, že v žádném z předchozích projektů hodnocení kvality institutem HealthCare nebyla Oblastní nemocnice Mladá Boleslav zařazena. Dle interních informací HealthCare Institute se ani v jednom ze čtyř dřívějších průzkumů Oblastní nemocnice Mladá Boleslav neobjevila z důvodu nedostatečného počtu respondentů, který je institutem stanoven výši 30. Dalším

důvodem byla výborná autorčina osobní zkušenost se zmiňovanou nemocnicí a zvědavost, zda se soukromý názor bude shodovat se závěrečnými výsledky výzkumného šetření.

Výzkumný proces byl proveden v období od 11. 1. 2010 do 15. 3. 2010 a data byla sbírána dvěma způsoby. První způsob byl pomocí elektronických dotazníků, kdy byl odeslán elektronický dopis na 40 náhodně vybraných e-mailových adres z autorčiny e-mailové schránky. V případě, že adresáti patřili do skupiny těch, kteří byli během posledního roku hospitalizováni v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, e-mail vyplnili a odeslali zpět na adresu autorky. Aby byla zachována anonymita, byla pouze pro toto šetření vytvořena e-mailová schránka s heslem, které bylo součástí e-mailu odeslaného adresátům. Respondenti mohli své dotazníky zanechat v mailové schránce určené pro dotazník, nebo z ní e-mail odeslat autorce. Tento způsob zaručoval anonymní doručení elektronických dotazníků zpět autorce.

Pomocí elektronických dotazníků odeslaných na 40 náhodných adres autorčiny e-mailové schránky se zpět dostalo 17 dotazníků, z nichž 1 byl statisticky nevyhodnotitelný z důvodu označení více odpovědí u otázek, kde bylo možno označit pouze jednu odpověď.

Druhý způsob byl realizován ve spolupráci s Oblastní nemocnicí Mladá Boleslav. Po domluvě s ředitelstvím nemocnice se prostřednictvím personálu rozdalo mezi hospitalizované pacienty 120 tištěných dotazníků. Počet dotazníků byl zvolen po předchozí domluvě s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Bc. Kajetánou Ternbachovou, která ho stanovila jako reálný k počtu fluktuovaných hospitalizovaných pacientů v příslušném období. Z počtu 120 dotazníků se zpět navrátilo 112 dotazníků, z nichž 11 bylo statisticky nevyhodnotitelných z důvodu nejasných odpovědí.

Z obou způsobů získávání dat vzešlo celkem 117 dotazníků, které se statisticky vyhodnotily a jejichž závěry a výsledky jsou vystiženy v subkapitole 5.4.

5.4 Výsledky šetření

V empirické části byly stanoveny dva základní cíle a šest hypotéz, jejichž výsledky jsou následující.

5.4.1 Cíl 1 tj. zjištění kvality poskytované zdravotní péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav

Aby mohla být kvalita péče zjišťována, musely být nejprve zjištěny veškeré informace o celostátním projektu „Nemocnice České republiky 2009“, který každoročně provádí HealthCare Institute. Již v subkapitole o metodě výzkumu je zmíněno, že celý dotazník je sestaven dle otázek uveřejněných HealthCare Institute, a proto také statistické metody vyhodnocení musely být shodné. V následující tabulce 11 je znázorněna bodová škála jednotlivých odpovědí a statistická váha každé otázky.

Tab. 11 - Bodové škály a váhy otázek

| Otázka | | Odpověď | |
|--------|------|------------------|------------------|
| č. | váha | znění | bodové hodnocení |
| 4 | 10 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 5 | 8 | ano | - 1 |
| | | ne | 1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 6 | 8 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 7 | 8 | ano | - 1 |
| | | ne | 1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 8 | 4 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 9 | 4 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |

| Otázka | | Odpověď | |
|--------|------|------------------|------------------|
| č. | váha | znění | bodové hodnocení |
| 10 | 7 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 11 | 2 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 12 | 5 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 13 | 20 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 14 | 3 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 15 | 8 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 16 | 4 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 17 | 10 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 18 | 10 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 21 | 8 | ano | - 1 |
| | | ne | 1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |

| Otázka | | Odpověď | |
|--------|------|------------------|------------------|
| č. | váha | znění | bodové hodnocení |
| 24 | 4 | ano | 1 |
| | | ne | 0 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 25 | 4 | ano | 1 |
| | | ne | 0 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 26 | 10 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 27 | 20 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 29 | 10 | ano | 1 |
| | | ne | -1 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 30 | 20 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 31 | 20 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |
| 32 | 10 | nedostatečně | - 2 |
| | | dostatečně | - 1 |
| | | dobře | 1 |
| | | výborně | 2 |
| | | nechci odpovídat | 0 |

Zdroj: Interní materiály HealthCare Institute

Otázky v části A a otázky č. 1, 2, 3, 19, 20, 22, 28 v části B mají váhu 0 a nejsou bodově vyhodnoceny. Do výpočtu nejsou použity, jelikož mají informační doplňující charakter a slouží pro marketingové účely nemocnice.

Kvalita zdravotní péče poskytované v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav je vyjádřena procentem. Postupů, pomocí kterých lze dojít k výsledku, je velmi mnoho a závisí na použitém statistickém modelu či postupu. V této diplomové práci byl použit totožný

postup výpočtu, který ve svém vyhodnocování použil HealthCare Institute. Podrobný popis výpočtu pomocí vah je následující.¹⁵

$$100 \% = P * b_{\max 1} * v_1 + P * b_{\max 2} * v_2 + \dots + P * b_{\max 32} * v_{32} \quad (1)$$

$$x \% = (p_{o1} * b_{o1 1} * v_1) + (p_{o2 1} * b_{o2 1} * v_1) + (p_{o3 1} * b_{o3 1} * v_1) + \dots + (p_{o4 10} * b_{o4 10} * v_{10}) + (p_{o5 10} * b_{o5 10} * v_{10} + p_{o6 10} * b_{o6 10} * v_{10} + p_{o7 10} * b_{o7 10} * v_{10} + p_{o3 10} * b_{o3 10} * v_{10}) + \dots + (p_{o1 32} * b_{o1 32} * v_{32} + p_{o2 32} * b_{o2 32} * v_{32} + p_{o3 32} * b_{o3 32} * v_{32}) \quad (2)$$

Legenda:

P = celkový počet respondentů

p = počet respondentů

b = bodová hodnota odpovědi

o1 = odpověď „ano“

o2 = odpověď „ne“

o3 = odpověď „nechci odpovídat“

o4 = odpověď „nedostatečně“

o5 = odpověď „dostatečně“

o6 = odpověď „dobře“

o7 = odpověď „výborně“

b_{max} = maximální bodová hodnota odpovědi

v = váha otázky

1, 2, 3 ... 32 = číslo otázky

x = skutečné % kvality

Vzhledem ke skutečnosti, že se zohledňuje aktuálnost zpracovávaných dat, byla zvlášť zpracována data respondentů, kteří byli hospitalizováni před méně než šesti měsíci a před více než šesti měsíci. „Starší“ odpovědi mají ve výsledném zpracování 80% váhu, „novější“ odpovědi mají váhu 100%.

Konečné výsledky určující kvalitu poskytované péče vyjádřenou v procentech u dvou typů souborů (hospitalizace před více a méně než 6ti měsíci) a počítané pomocí matematických vztahů (1) a (2) jsou následující.

¹⁵ Interní materiály HealthCare Institute

Hospitalizovaní před více než 6ti měsíci

$$100 \% = 3\,042$$

$$x_1 \% = 711$$

$$x_1 = \mathbf{23,37 \%}$$

(3)

Hospitalizovaní před méně než 6ti měsíci

$$100 \% = 39\,546$$

$$x_2 \% = 20\,150$$

$$x_2 = \mathbf{53,95 \%}$$

(4)

Konečný výsledek zohledňující aktuálnost dat je vypočítán pomocí „váženého průměru, který zobecňuje aritmetický průměr a poskytuje charakteristiku statistického souboru v případě, že hodnoty mají různou důležitost, různou váhu“¹⁶. Jelikož odpovědi hospitalizovaných před více než 6ti měsíci mají 80% váhu (v_1) a odpovědi hospitalizovaných před méně než 6ti měsíci mají 100% váhu (v_2), je hodnocení kvality poskytované péče v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav vypočítáno následovně.

$$\frac{v_1 * x_1 + v_2 * x_2}{v_1 + v_2} = \bar{x}$$

(5)

$$\frac{0,8 * 23,37 + 1,0 * 53,95}{0,8 + 1,0} = \mathbf{40,36}$$

(6)

V oblastní nemocnici Mladá Boleslav byla dle vyhodnocení dotazníkového šetření a podle výpočtového postupu HealthCare Institute zjištěna kvalita dosahující 40,36 %. Grafické zpracování jednotlivých odpovědí všech otázek vyskytujících se v dotazníku je znázorněno v příloze B.

¹⁶ http://cs.wikipedia.org/wiki/Vážený_průměr

5.4.2 Cíl 2 tj. porovnání zjištěných výsledků se statistickými šetřeními projektu „Nemocnice České republiky 2009“ uveřejněnými HealthCare Institute

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav je typ zdravotnického zařízení s kódem 102¹⁷. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazníkové šetření bylo prováděno v období od 11. 1. 2010 do 15. 3. 2010, jsou získané výsledky porovnány s doposud nejaktuálnějším projektem HealthCare Institute „Nemocnice České republiky 2009“.

HealthCare Institute v souhrnné zprávě o projektu uvádí žebříček pouze prvních pěti nemocnic, do budoucna se předpokládá, že budou uveřejněny kompletní žebříčky. Nejlepších 5 krajských a městských nemocnic (kód 102) z celé České republiky zobrazuje tabulka 12. Nejlepší 3 nemocnice ve Středočeském kraji, kam Oblastní nemocnice Mladá Boleslav spadá, zobrazuje tabulka 13.

Tab. 12 - Nejlepších 5 nemocnic s kódem 102

| Pořadí | Název nemocnice | Kraj | Procento |
|--------|---|-----------------|----------|
| 1 | Nemocnice Podlesí a. s. | moravskoslezský | 82,64 |
| 2 | Vojenská nemocnice Olomouc | olomoucký | 82,35 |
| 3 | Nemocnice Na Homolce | hl. město Praha | 80,63 |
| 4 | Karvinská hornická nemocnice a. s. | moravskoslezský | 80,03 |
| 5 | ALMEDA, a. s., Městská nemocnice Neratovice | středočeský | 79,77 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [27]

Tab. 13 - Nejlepší 3 nemocnice Středočeského kraje

| Pořadí | Název nemocnice | Procento |
|--------|---|----------|
| 1 | ALMEDA, a. s., Městská nemocnice Neratovice | 79,77 |
| 2 | Městská nemocnice Městec Králové, a. s. | 74,87 |
| 3 | Nemocnice Slaný | 72,32 |

Zdroj: Vlastní zpracování na základě uvedené literatury [42]

¹⁷ Kód 102 = označení pro zdravotnická zařízení typu „Krajské + městské“.

Podle výpočtů uvedených v subkapitole 5.4.1 se Oblastní nemocnice Mladá Boleslav zařazuje za všech 5 nejlepších nemocnic s kódem 102 (tabulka 12) i za všechny 3 nejlepší nemocnice Středočeského kraje (tabulka 13), na poslední místo.

5.4.3 Hypotéza 1 tj. předpoklad, že Oblastní nemocnice Mladá Boleslav se v žebříčku kvality poskytované péče zařadí mezi předních pět nemocnic s kódem 102

Dle předchozích výpočtů dosáhla Oblastní nemocnice Mladá Boleslav v komplexním hodnocení celkové úspěšnosti výsledku 40,36 %. Tento výsledek nemocnici mezi prvních pět nemocnic s kódem 102 nezařadil. V uvedeném žebříčku pěti nejlepších nemocnic v celostátním projektu „Nemocnice České republiky 2009“ se zařazuje na poslední místo.

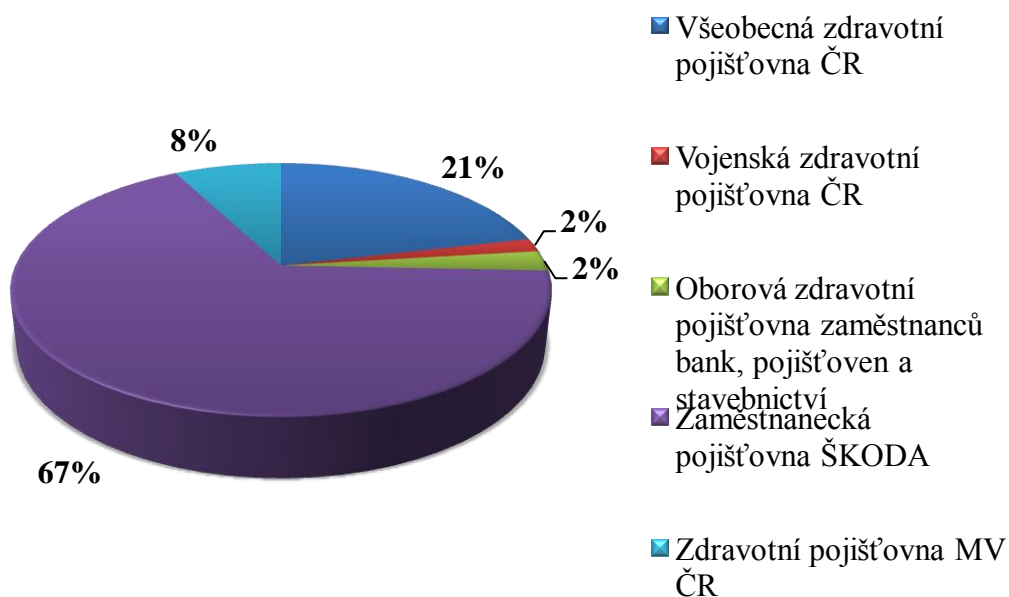
Je obrovskou nevýhodou, že HealthCare Institute neuveřejňuje celý seznam výsledků šetřených zdravotnických zařízení. Je ale zřejmé, že zjištěný výsledek Oblastní nemocnice Mladá Boleslav je podprůměrný. Autorka se domnívá, že důvodem může být nezískání nejvyšších možných bodů u otázek s vysokou váhou.

Na základě dosažených výsledků se hypotéza 1 zamítá.

5.4.4 Hypotéza 2 tj. předpoklad, že 62,6 %¹⁸ respondentů bude pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny, která v celé České republice zaujímá právě 70% podíl všech pojištěnců

Tato hypotéza je závislá na otázce č. 4 v části A dotazníku předkládaného respondentům. Grafické zobrazení výsledku ukazuje obrázek 11.

¹⁸ *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online]. [cit. 28. 3. 2010]. ÚZIS ČR, 2009, s. 191. ISBN 978-80-7280-845-8. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300&mnu_action=select>



Obr. 11 - Grafické znázornění hypotézy 2

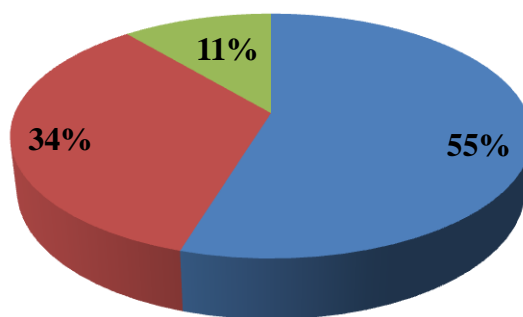
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření

Z obrázku uvedeného výše je patrné, že se hypotéza nepotvrdila. Všeobecnou zdravotní pojišťovnu jako svoji zdravotní pojišťovnu uvedlo 21 % všech dotázaných. Nejvíce respondenty, celými 67%, byla označena Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA. Důvodem je především oblast, ve které se Oblastní nemocnice Mladá Boleslav nachází. Vzhledem k podniku Škoda Auto, a. s., který v Mladé Boleslavi sídlí a který má svoji zdravotní pojišťovnu, se dal výsledek v této lokalitě předpokládat.

Na základě dosažených výsledků se hypotéza 2 zamítá.

5.4.5 Hypotéza 3 tj. předpoklad, že více než 50 % respondentů by uvítalo více informací o výsledcích zdravotní péče v nemocnici, ve které se léčili

Hypotéza 3 vychází z otázky č. 1 v části B předloženého dotazníku. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že 55 % respondentů by uvítalo více informací o výsledcích zdravotní péče, 34 respondentů odpovědělo ne a 11 % na tuto otázku nechtělo odpovídat. Graficky jsou výsledky uvedené v obrázku 12.



■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

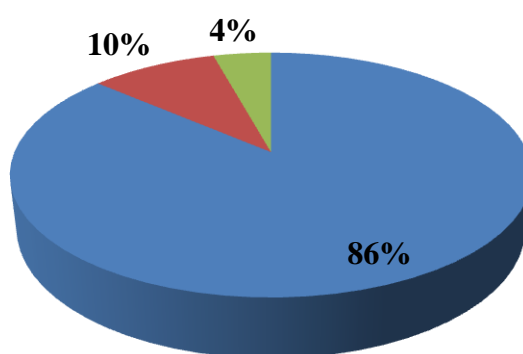
Obr. 12 - Grafické znázornění hypotézy 3

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření

Na základě dosažených výsledků se hypotéza 3 potvrzuje.

5.4.6 Hypotéza 4 tj. předpoklad, že více než 50 % respondentů bylo srozumitelně seznámeno s navrženým postupem léčby, obvyklým časovým harmonogramem a případnou rehabilitací

Pro zjištění hypotézy 4 byly důležité odpovědi na otázku č. 4 části B dotazníku předloženého respondentům. Strukturu jednotlivých odpovědí v procentech znázorňuje obrázek 13.



■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

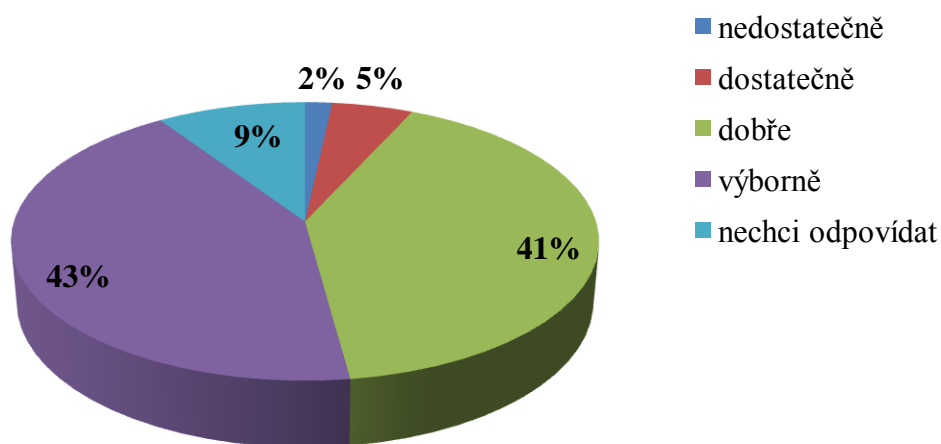
Obr. 13 - Grafické znázornění hypotézy 4

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření

Na základě dosažených výsledků se hypotéza 4 potvrzuje.

5.4.7 Hypotéza 5 tj. předpoklad, že více než 50 % respondentů uvedlo, že s kvalitou provedeného zákroku jsou spokojeni výborně a dobře.

Provedený zákrok je jedním z nejdůležitějších ukazatelů kvality nemocnice. Dle zjištěných výsledků jsou pacienti Oblastní nemocnice Mladá Boleslav s provedeným zákrokem výborně spokojeni ze 43 %, možnost dobře uvedlo 41 respondentů, s výsledkem je dostatečně spokojeno 5 % a nedostatečně 2 %. Na tuto otázku nechtělo odpovídat celkem 9 % dotázaných. Obrázek 14 zobrazuje výsledky graficky.



Obr. 14 - Grafické znázornění hypotézy 5

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření

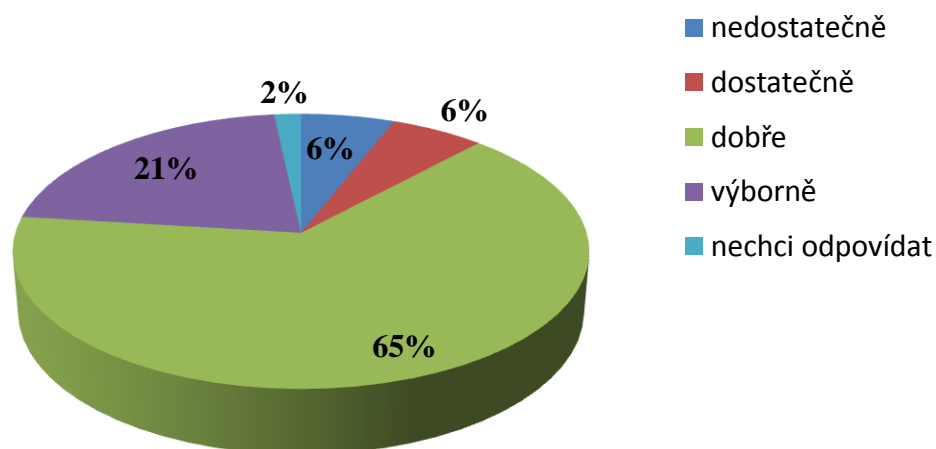
Hypotéza měla potvrdit či zamítnout 50% výbornou a dobrou spokojenost s provedeným zákrokem. Po součtu odpovědí dobře a výborně vychází 84 %.

Na základě dosažených výsledků se hypotéza 5 potvrzuje.

5.4.8 Hypotéza 6 tj. předpoklad, že více než 50 % respondentů uvedlo, že s úrovní intimity při vyšetření jsou spokojeni výborně

Hypotéza 6 měla potvrdit či zamítnout úroveň intimity při vyšetření větší než 50 %. Tato hypotéza byla závislá na odpovědích otázky č. 30 v části B dotazníku. Při vyšetření chápe každý pacient intimitu odlišně a pro každého je pomyslná hranice jiná. Nemocnice se snaží

tuto problematiku řešit a stále více intimní prostředí kolem pacienta zvyšovat. Grafické znázornění odpovědí na otázku ukazuje obrázek 15.



Obr. 15 - Grafické znázornění hypotézy 6

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření

Ve výsledných odpovědích není úroveň intimity v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav nedostačující, avšak 50 % respondentů s odpovědí výborně dotazníkového šetření nezaznamenalo. Na základě dosažených výsledků se hypotéza 6 zamítá.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo charakterizovat zdravotnická zařízení na trhu zdravotní péče v České republice a analyzovat kvalitu zdravotní péče, která je poskytována v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Výsledky zjištěné pomocí dotazníkového šetření byly následně porovnány s výsledky projektu „Nemocnice České republiky 2009“, jež zpracovává a uveřejňuje nezisková organizace HealthCare Institute.

Za nejdůležitější charakteristiky zdravotnických zařízení lze označit jednotlivá specifika, díky kterým se odlišují od ostatních ekonomických subjektů. Např. asymetrická informace, veřejný statek, právo na život a zdraví, princip solidarity aj. tvoří zdravotnická zařízení a následně i trh zdravotní péče jedinečným a zcela odlišným trhem, který je značně ovlivněn legislativou státu a jeho zdravotní politikou. Při rozvíjení trhu zdravotní péče je důležité k této specifikace přihlédnout.

Do zdravotnictví je každoročně vkládáno velké množství financí a zdrojů. Problém je v současném systému, který tyto finanční prostředky nedovede efektivně využít. Důvodem může být legislativa či dohady o vlastnictví zdravotnických zařízení. Autorka této práce si uvědomuje důležitost změny zdravotnického systému, který by neměl být založen pouze na solidaritě, ale také na osobním financování každého občana. Změna zdravotnického systému je obsáhlá problematika, jejíž podrobné analyzování by mohlo být tématem pro další diplomovou práci. Vlastní názor autorky je zde pouze konstatováním osobního mínění.

Na základě dotazníkového šetření o kvalitě zdravotní péče poskytované v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav bylo zjištěno, že nemocnice dosáhla výsledku 40,36 %, což je podprůměrný stav. Měření kvality zdravotní péče je však velmi obtížné a každá instituce zabývající se touto problematikou používá odlišné statistické metody nebo zařazuje jiné ukazatele zdravotní péče. Je zřejmé, že v jiných výzkumech může být mladoboleslavská nemocnice mnohem lepší, či naopak horší.

Sledování kvality zdravotní péče se provádí především z důvodu informovat veřejnost o zdravotnických zařízeních, která navštěvují, nebo která si chystají vybrat pro svoji hospitalizaci. S monitorováním kvality však souvisí klady a zápory. Jako výhodu lze označit sestavení žebříčků, možnost vyjádření se nejen ze strany pacientů, ale i personálu, nebo zvýšení informovanosti o jednotlivých zdravotnických zařízeních. Nevýhodou může být nevhodně zvolená statistická metoda či negativní reklama pro dané zdravotnické zařízení, pakliže se neumístilo na předních místech. Obecně lze však měření kvality neustále zlepšovat a pomocí nových technologií vytvářet dokonalejší statistické metody. Stále totiž existují oblasti, které doposud nelze měřit, např. psychika pacienta.

V České republice je v současné době aktuálním tématem opatření, které navrhla ministryně zdravotnictví Dana Jurásková. Jedná se o systém tzv. „chybových hlášení“, které spočívá v dobrovolném hlášení prohrášek na pacientech Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Mezi nahlášené situace by mohly patřit např. špatné podání léků, úraz pacientů ve zdravotnickém zařízení, chyby v diagnostice apod. Evidence prohrášek vychází ze zkušeností v zahraničí a hlavním důvodem je získání ucelených informací o chybách v nemocnicích. Po odhalení nejčastějších chyb se připraví další doporučení pro zdravotnický personál. Výsledkem nebude potrestání, ale poučení se z chyb, což zvýší samotnou kvalitu poskytované zdravotní péče.

Ze světových měření kvality by bylo vhodné převzít např. ukazatel týkající se práva pacientů na informace a do měření kvality zdravotnických zařízení ho zařadit. Podobné otázky týkající se této problematiky se doposud v průzkumech neobjevily. Vzhledem ke skutečnosti, že tato diplomová práce se zabývá měřeními kvality zdravotní péče pouze v České republice, mohlo by být porovnání českých měření s těmi světovými nebo možnosti aplikace světových způsobů měření na česká zdravotnická zařízení, dalším námětem na zajímavou závěrečnou práci.

Pouze díky vytváření nových průzkumů na komplexnost zdravotní péče pro širokou veřejnost a následným zpětným vazbám, vznikne orientovanost na její zlepšení a managementy zdravotnických zařízení se budou otázkou kvality zdravotní péče více zabývat.

Seznam použité literatury

Citace

- [1] ALBRECHT, M. a TÖPFER, A., *Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus*. 1. vyd., Berlin: Springer-Verlag, 2006. ISBN 3-540-25602-4
- [2] BREYER, F. a ZWEIFEL, P., KIFMAN, M., *Gesundheitsökonomik*. 5. vyd. Berlin: Springer-Verlag, 2005. ISBN 3-540-22816-0
- [3] DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha, 2005. ISBN 80-86119-92-0
- [4] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
- [5] HOLČÍK, J., a kol. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*, 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-417-8
- [6] JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-592-9
- [7] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2628-1
- [8] PÝCHOVÁ, E. *Základy veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1996. ISBN 80-85526-14-X
- [9] STIGLITZ, J. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 1997. ISBN 80-7169-454-1
- [10] ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1
- [11] ZLÁMAL, J. a BELLOVÁ, J., *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-429-1
- [12] *Co jsou zdravotní pojišťovny?* [online]. [cit. 21. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.pojistenci.com/cs/mdl/info/co-jsou-zdravotni-pojistovny--2>>

- [13] *Cost-Benefit Analysis* [online]. 2005. [cit. 22. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance-management.cz/080vypisPojmu.php?IdPojPass=57&X=Cost-Benefit+Analysis+CBA>>
- [14] DERŇAROVÁ, L. a ANDRAŠČÍKOVÁ, Š., a kol. *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – výzva alebo nedosiahnuteľná meta?* [online]. 2005. [cit. 13. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_122_31.pdf>
- [15] DOLEŽAL, T. *Typy farmakoekonomických analýz* [online]. 2008. [cit. 22. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.pharmbm.cz/clanek?id=93>>
- [16] HEJDUKOVÁ, P. *Ekonomie a financování zdravotnictví* [online]. [cit. 19. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <http://webtodate.fek.zcu.cz/images/pages/katedry/KEF/Prednasky/FVS/FVS__financov_n__zdravotnictv__1_.ppt?PHPSESSID=b887c9fa8f2324416dfa504176f92404>
- [17] *Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav* [online]. 2009. [cit. 18. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.klaudianovanemocnice.cz/>>
- [18] *Kvalita Očima Pacientů* [online]. 2010. [cit. 25. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>>
- [19] *Kvalita ve zdravotní péči II* [online]. 2000. [cit. 13. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.fm.vse.cz/imz/studijni-materialy/dalsi-studijni-materialy/>>
- [20] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2010. [cit. 25. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/>>
- [21] *MUDr. Jakub Smrček - Tým* [online]. [cit. 9. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.zuby-smrcek.cz/tym>>
- [22] *Nemocnice Jihlava* [online]. 2007. [cit. 7. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.nemji.cz/>>
- [23] *Provozování zdravotnických zařízení* [online]. 1999. [cit. 16. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>>
- [24] *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky: Informační příručka pro cizince* [online]. 2010. [cit. 15. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.cizinci.cz/files/clanky/98/Prirucka_zdravotni_pece_2004.pdf>

- [25] *Regulační poplatky – metodický pokyn* [online]. 2010. [cit. 6. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>
- [26] *Síť zdravotnických zařízení 2008* [online]. 2007. [cit. 16. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=zdravotnick%FDch%20za%F8%EDzen%ED%202®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>
- [27] *Souhrnná zpráva k celostátnímu projektu „Nemocnice České republiky 2009“* [online]. 2006. [cit. 26. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2009/souhrnna-zprava-nemocnice-cr-2009.pdf>>
- [28] SOVOVÁ, E. *Kvalita je výzva* [online]. 2006. [cit. 13. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/05_2003/kvalita.html>
- [29] *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2007. [cit. 7. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.sukl.cz/>>
- [30] *Systémy managementu jakosti ISO* [online]. 2005. [cit. 15. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance-management.cz/080vypisPojmu.php?X=Systemy+managementu+jakosti+ISO&IdPojPass=40>>
- [31] *Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách* [online]. 2009. [cit. 21. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://szpccr.cz/reforma/zp.pdf>>
- [32] *Velký lékařský slovník* [online]. 2008. [cit. 16. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.lekarske.slovniky.cz>>
- [33] *Vládní návrhy zákonů k reformě zdravotnictví* [online]. 2010. [cit. 17. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Categories/848-vladni-navrh-y-zakonu-k-reforme-zdravotnictvi.html>>
- [34] *Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání* [online]. 2007. [cit. 23. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200>
- [35] *Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, po novele č. 472/2009 s účinností od 1. 1. 2010* [online]. 1996. [cit. 6. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <[http://www.sagit.cz/prilohyuzarchiv/537269/679656/P_134-98_\(1.1.2010\).pdf](http://www.sagit.cz/prilohyuzarchiv/537269/679656/P_134-98_(1.1.2010).pdf)>

- [36] *Vyhláška č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010* [online]. 1998. [cit. 6. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.sbirka.cz/POSLATYD/NOVE/09-471.htm>>
- [37] *Základní ukazatele zdravotní péče* [online]. 2010. [cit. 23. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Základní_ukazatele_zdravotního_stavu>
- [38] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* [online]. 2005. [cit. 17. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://ley.cz/?s75&q75=all>>
- [39] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. 1998. [cit. 19. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp-pojistne/>>
- [40] *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2008* [online]. 2007. [cit. 13. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=n%Ed%20ekonomiky®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>
- [41] *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR* [online]. 2007. [cit. 15. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>
- [42] *Žebříček českých nemocnic pro rok 2009* [online]. 2006. [cit. 26. 3. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2009/zebricek-ceskych-nemocnic-2009.pdf>>

Bibliografie

- [43] EXNER, L., RAITER, T. a STEJSKALOVÁ, D., *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8
- [44] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, spol. s r. o., 2006. ISBN 80-8063-229-4
- [45] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
- [46] MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Orac, 2003. ISBN 80-86199-50-9

[47] SALFELD, R., HEHNER, S. a WICHELS, R., *Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen*. 2. vyd., Berlin: Springer-Verlag, 2009. ISBN 978-3-540-87398-3

[48] SOUČEK, Z., BURIAN, J., *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-18-5

[49] *Aktivní zdraví 21* [online]. 2008. [cit. 15. 2. 2010]. Dostupný z WWW:

<<http://www.zdravi21.cz/>>

[50] *Evropský spotřebitelský index zdraví* [online]. 2004 [cit. 29. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090925-final-with-cover.pdf>>

[51] KAVKOVÁ, E. *Péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci* [online]. 2007. [cit. 16. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.karim-vfn.cz/userfiles/image/download-arip/pece-o-pacienta-v-terminalnim-stadiu-nemoci.pdf>>

[52] *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách* [online]. 2007. [cit. 21. 2. 2010]. Dostupný z WWW:

<<http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-280-1992-sb-o-resortnich-oborovych-podnikovych-a-dalsich-zdravotnich-pojistovnach/>>

[53] *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky* [online]. 2003. [cit. 21. 2. 2010]. Dostupný z WWW:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=551%2F1991&number2=&name=&text=>

[54] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. 1998 [cit. 22. 4. 2010]. Dostupný z WWW:

<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp-pojistne/uvod.aspx>>

Seznam příloh

| | |
|---|-----|
| Příloha A – Dotazník statistického šetření | I |
| Příloha B – Grafické znázornění výsledků dotazníkového šetření..... | VII |

Příloha A – Dotazník statistického šetření

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Hodnocení kvality a postavení zdravotnických zařízení na trhu zdravotní péče“. Dotazník je **anonymní** a je určen pro ty, kteří v posledním roce byli hospitalizováni v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav (Klaudiánova nemocnice). Na vyplnění dotazníku budete potřebovat cca **15 minut** a otázky jsou dle HC-Institute, který provádí celostátní komplexní šetření nemocnic. Vaše názory a následné výsledky z dotazníkového šetření budou použity pro moji diplomovou práci, jež mi dopomůže k úspěšnému ukončení studijního oboru Pojišťovnictví na Technické univerzitě v Liberci. Děkuji za váš čas a pomoc.

Bc. Andrea Maštálková

Část A - Základní informace (Vyberte jednu z nabízených možností)

1. Pohlaví

- ☐ muž
☐ žena

☐ neuvádím

2. Ročník narození

- ☐ 1900 – 1904
☐ 1905 – 1909
☐ 1910 – 1914
☐ 1915 – 1919
☐ 1920 – 1924
☐ 1925 – 1929
☐ 1930 – 1934

- ☐ 1935 – 1939
☐ 1940 – 1944
☐ 1945 – 1949
☐ 1950 – 1954
☐ 1955 – 1959
☐ 1960 – 1964
☐ 1965 – 1969

- ☐ 1970 – 1974
☐ 1975 – 1979
☐ 1980 – 1984
☐ 1985 – 1989
☐ 1990 – 1994
☐ neuvádím

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ základní
☐ střední škola bez maturity (SOU)
☐ střední škola s maturitou

- ☐ vysokoškolské
☐ neuvádím

4. Zdravotní pojišťovna

- ☐ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- ☐ Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- ☐ Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
- ☐ Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- ☐ Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA
- ☐ Zdravotní pojišťovna MV ČR
- ☐ Revírní bratrská pokladna
- ☐ Zdravotní pojišťovna METAL-ALLIANCE
- ☐ Česká národní zdravotní pojišťovna
- ☐ neuvádím

Část B – Informace o kvalitě zdravotnického zařízení (Klaudiánovy nemocnice) Pokud není uvedeno jinak, zvolte jednu z možností

1. Uvítal/a byste více informací o výsledcích zdravotní péče v nemocnici, ve které jste se léčil/a?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nechci odpovídat

2. Na základě čeho jste se rozhodl/a pro Klaudiánovu nemocnici?

- ☐ doporučení známých
- ☐ doporučení lékaře
- ☐ vlastní zkušenost
- ☐ jiné
- ☐ nechci odpovídat

3. Jaké informace Vy osobně považuje za nejdůležitější při volbě nemocnice? Můžete zvolit více možností

- ☐ o počtech ošetřených pacientů s určitým typem onemocnění
- ☐ o délce léčby
- ☐ o počtu úmrtí v nemocnici
- ☐ o počtu vyléčených pacientů
- ☐ o komplexnosti péče
- ☐ o prostředí v nemocnici
- ☐ o certifikaci nemocnice
- ☐ o ochotě personálu
- ☐ o dosažené kvalifikaci
- ☐ o délce praxe lékařů a sester
- ☐ o přístrojovém vybavení
- ☐ o procesu léčby
- ☐ nechci odpovídat

4. Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby, obvyklý časový harmonogram a případné možnosti následné rehabilitace?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

5. Měl/a jste pocit, že přístup zdravotního personálu se odvíjí od Vašeho společenského postavení?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

6. Měl/a jste pozitivní pocit, že s Vámi zdravotní personál jedná jako s klientem, jenž „přináší“ do nemocnice své finance?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

7. Promítly se na Vás případné spory mezi zdravotním personálem negativně?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

8. Vyhovuje vám časový harmonogram vizit a stravování v nemocnici?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

9. Představili se Vám v nemocnici ošetřující lékaři?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

10. Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími lékaři?

☐ nedostatečně

☐ výborně

☐ dostatečně

☐ nechci odpovídat

☐ dobře

11. Představily se Vám v nemocnici ošetřující zdravotní sestry?

☐ ano

☐ nechci odpovídat

☐ ne

12. Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími zdravotními sestrami?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

13. Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s možnými riziky lékařského zákroku?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> ne | |

14. Jak hodnotíte vstřícnost personálu nemocnice?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

15. Jak hodnotíte pozitivní povzbuzování a uklidňování ze strany personálu nemocnice v otázce Vašeho lepšího snášení strachu z bolesti a úzkosti?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

16. Jak hodnotíte možnost návštěv v nemocnici?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

17. Jak hodnotíte čistotu v nemocnici?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

18. Jak hodnotíte útulnost prostředí nemocnice?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečně | <input type="checkbox"/> výborně |
| <input type="checkbox"/> dostatečně | <input type="checkbox"/> nechci odpovídat |
| <input type="checkbox"/> dobře | |

19. Jak podle Vás hodnotí Vaši příbuzní a známí zdravotní péči v této nemocnici?

- ☐ nedostatečně
- ☐ dostatečně
- ☐ dobře

- ☐ výborně
- ☐ nechci odpovídat

20. Kdy proběhla Vaše poslední hospitalizace v této nemocnici?

- ☐ před více jak 6ti měsíci
- ☐ před méně jak 6ti měsíci

- ☐ nechci odpovídat

21. Zhubl/a jste neplánovaně při pobytu v nemocnici?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

22. Staral se o Vaši výživu během hospitalizace nutriční terapeut nebo dietní sestra?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

23. Chutnala Vám poskytovaná strava?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

24. Byl sledován příjem stravy během Vašeho pobytu v nemocnici?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

25. Ptal se Vás někdo při příjmu do nemocnice na úbytek hmotnosti a příjem stravy?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

26. Byla po Vašem přivolání reakce zdravotnického personálu dostatečně rychlá?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

27. Jak jste spokojeni s kvalitou provedeného zákroku?

- ☐ nedostatečně
- ☐ dostatečně
- ☐ dobře

- ☐ výborně
- ☐ nechci odpovídat

28. Ocenili byste, kdyby se pravidelně kontrolovala bezpečnost a kvalita poskytovaných služeb v nemocnicích?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

29. Zaznamenal/a jste v nemocnici zlepšení poskytované péče po zavedení poplatků?

- ☐ ano
- ☐ ne

- ☐ nechci odpovídat

30. Jak podle sebe hodnotíte úroveň intimity při vyšetření pacienta v nemocnici?

- ☐ nedostatečně
- ☐ dostatečně
- ☐ dobře

- ☐ výborně
- ☐ nechci odpovídat

31. Jak podle sebe hodnotíte úroveň bezpečnosti pacienta v nemocnici?

- ☐ nedostatečně
- ☐ dostatečně
- ☐ dobře

- ☐ výborně
- ☐ nechci odpovídat

32. Jak podle sebe hodnotíte úroveň zajištění pitného režimu pacienta v této nemocnici?

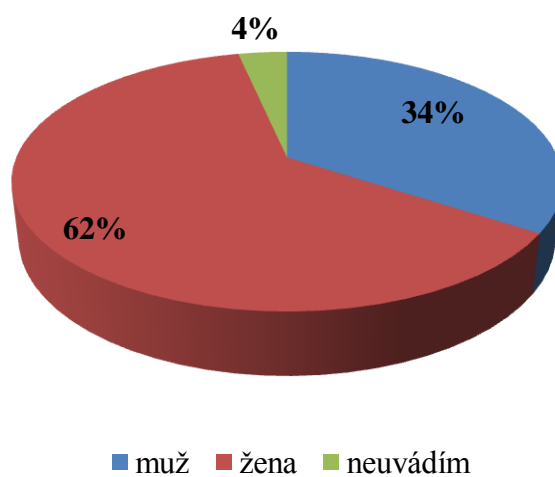
- ☐ nedostatečně
- ☐ dostatečně
- ☐ dobře

- ☐ výborně
- ☐ nechci odpovídat

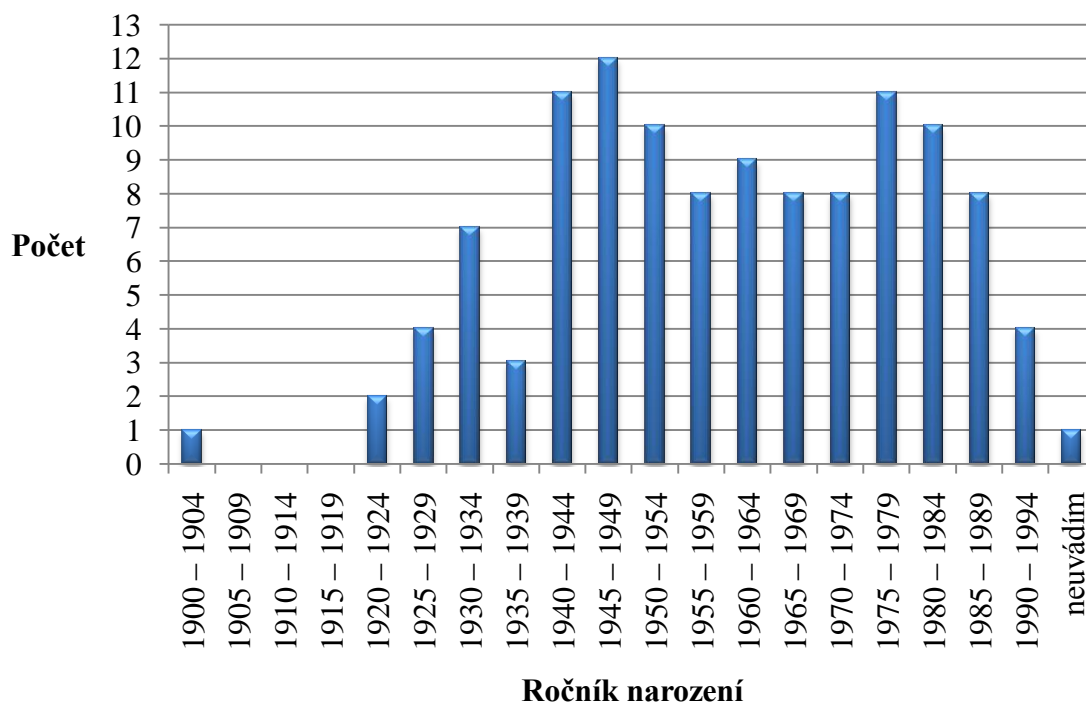
Příloha B – Grafické znázornění výsledků dotazníkového šetření

Část A - Základní informace

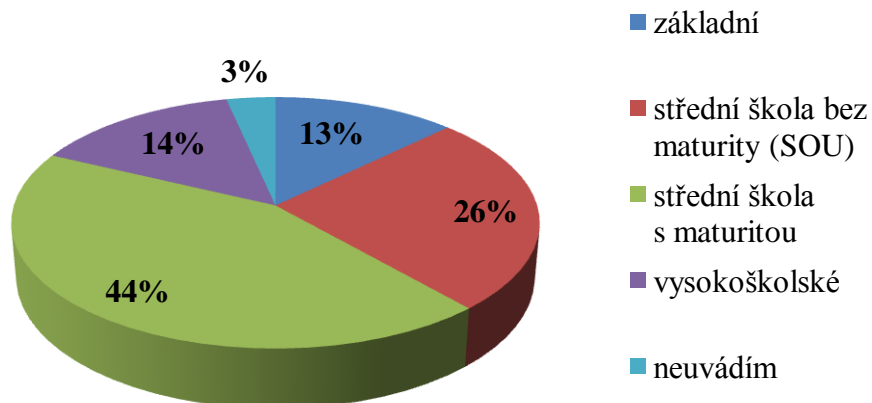
1. Pohlaví



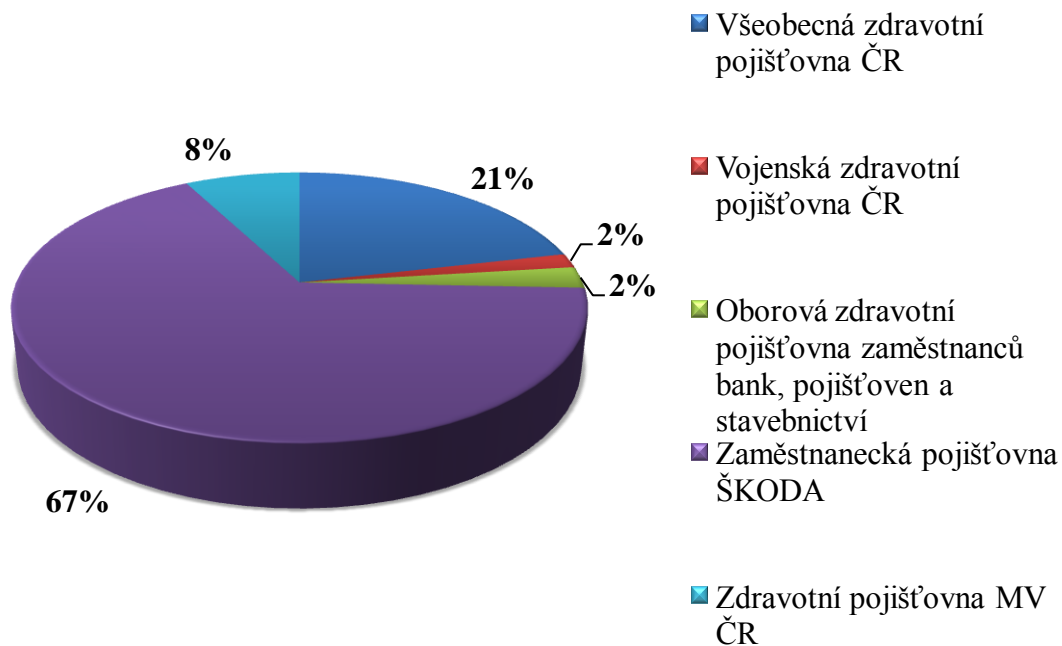
2. Ročník narození



3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

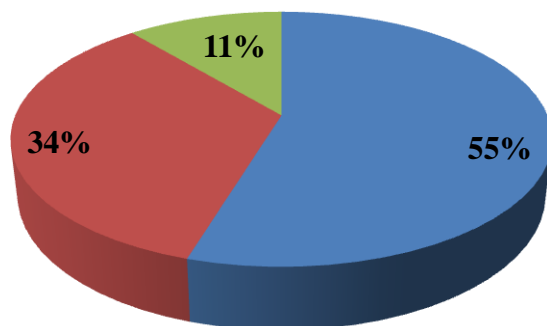


4. Zdravotní pojišťovna



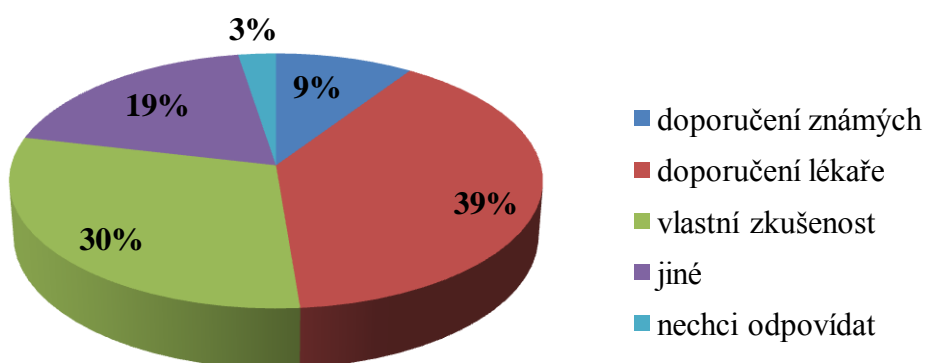
Část B – Informace o kvalitě zdravotnického zařízení

1. Uvítal/a byste více informací o výsledcích zdravotní péče v nemocnici, ve které jste se léčil/a?



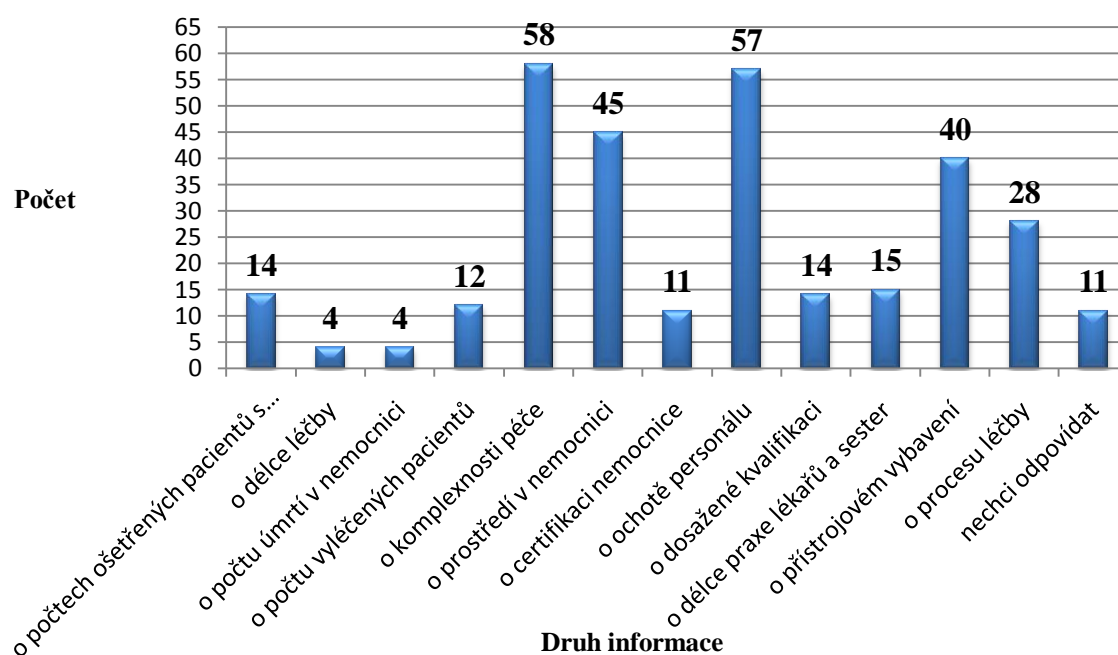
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

2. Na základě čeho jste se rozhodl/a pro Klaudiánovu nemocnici?

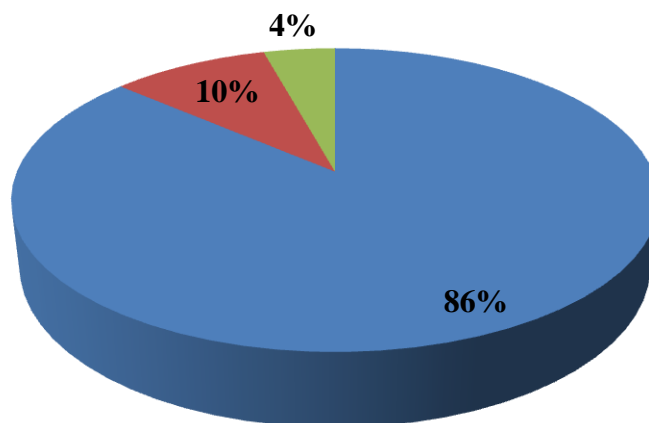


■ doporučení známých
■ doporučení lékaře
■ vlastní zkušenost
■ jiné
■ nechci odpovídat

3. Jaké informace Vy osobně považuje za nejdůležitější při volbě nemocnice? Otázka
povolovala označení více odpovědí

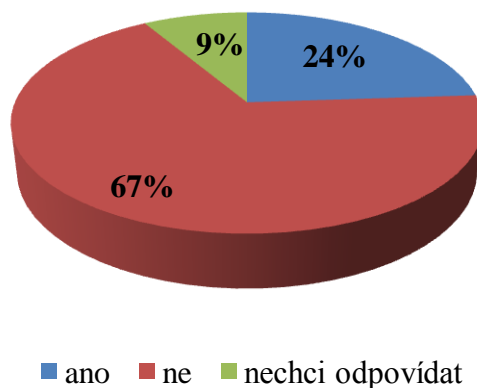


4. Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby, obvyklý časový harmonogram a případné možnosti následné rehabilitace?

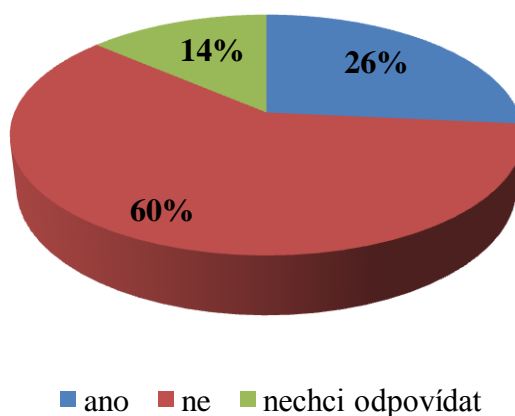


■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

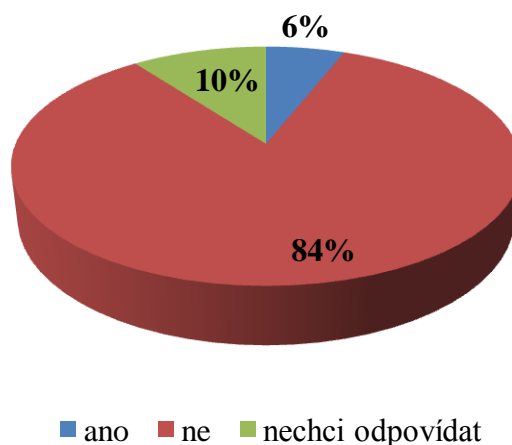
5. Měl/a jste pocit, že přístup zdravotního personálu se odvíjí od Vašeho společenského postavení?



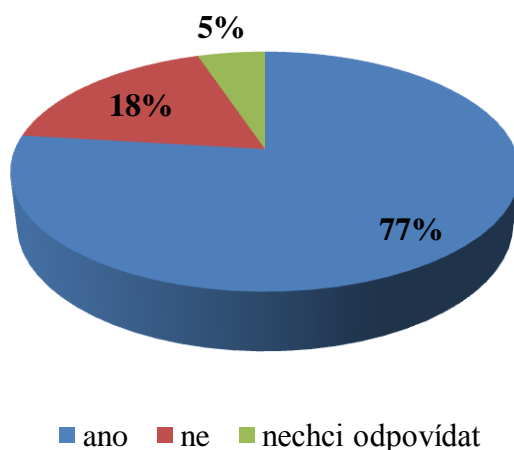
6. Měl/a jste pozitivní pocit, že s Vámi zdravotní personál jedná jako s klientem, jenž „přináší“ do nemocnice své finance?



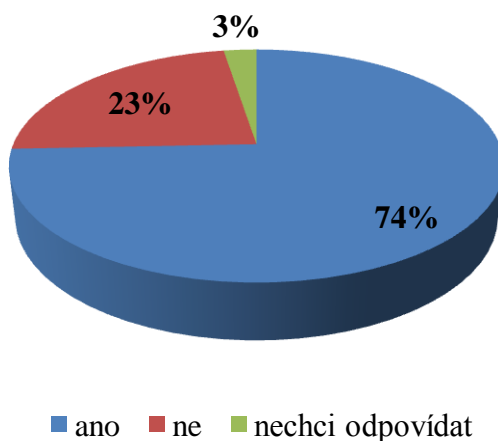
7. Promítly se na Vás případné spory mezi zdravotním personálem negativně?



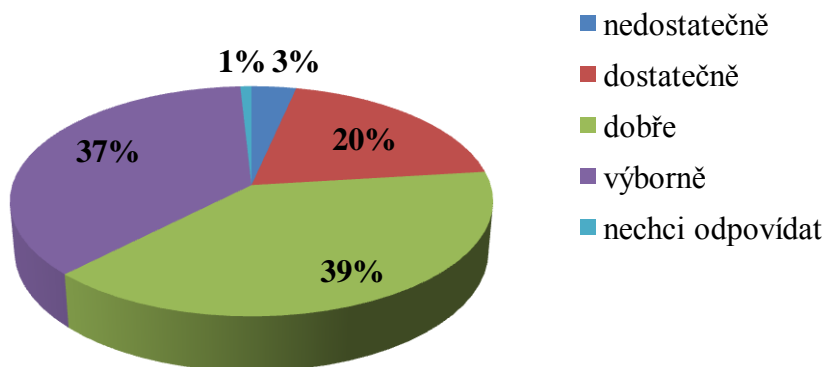
8. Vyhovuje vám časový harmonogram vizit a stravování v nemocnici?



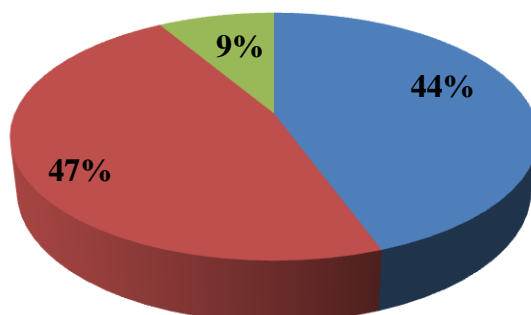
9. Představili se Vám v nemocnici ošetřující lékaři?



10. Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími lékaři?

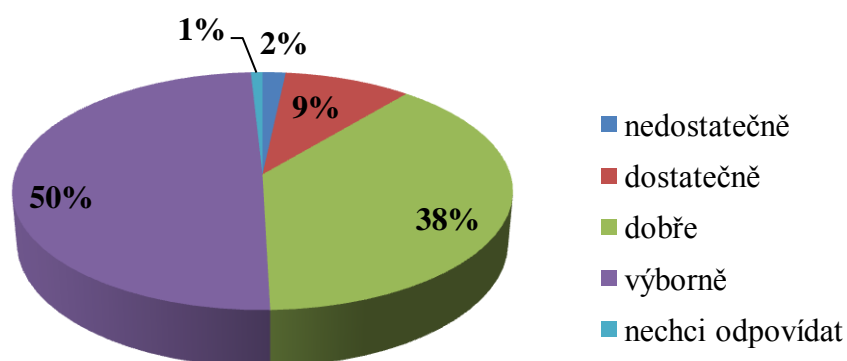


11. Představily se Vám v nemocnici ošetřující zdravotní sestry?



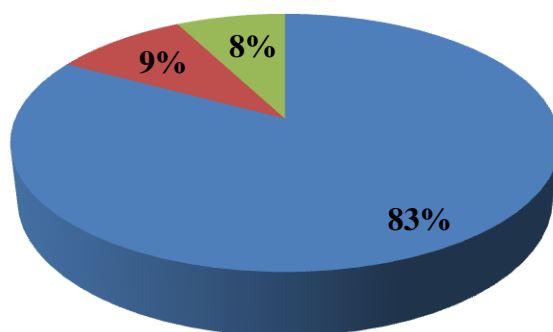
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

12. Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími zdravotními sestrami?



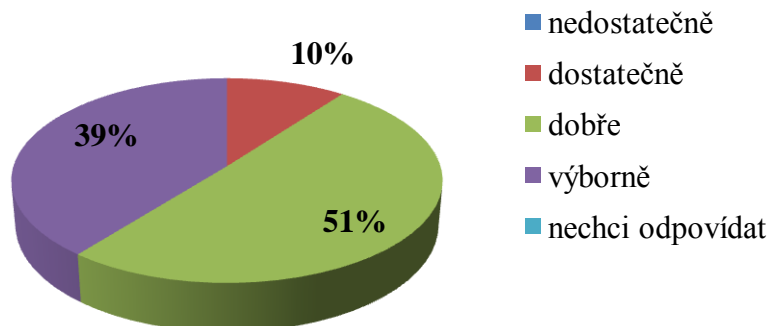
■ nedostatečně
■ dostatečně
■ dobře
■ výborně
■ nechci odpovídat

13. Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s možnými riziky lékařského zákroku?

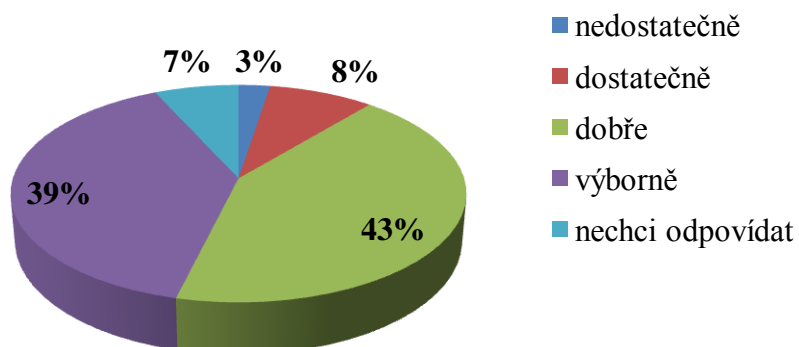


■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

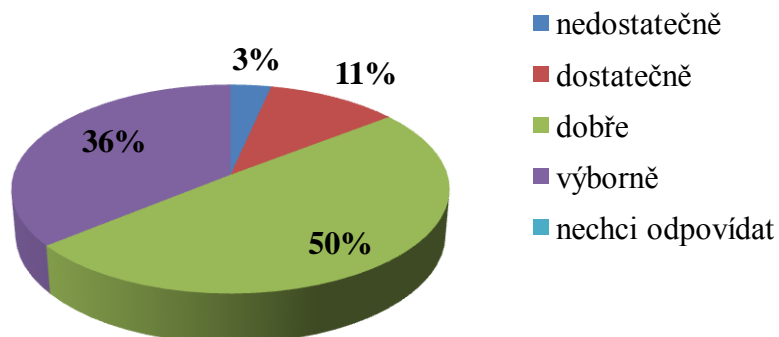
14. Jak hodnotíte vstřícnost personálu nemocnice?



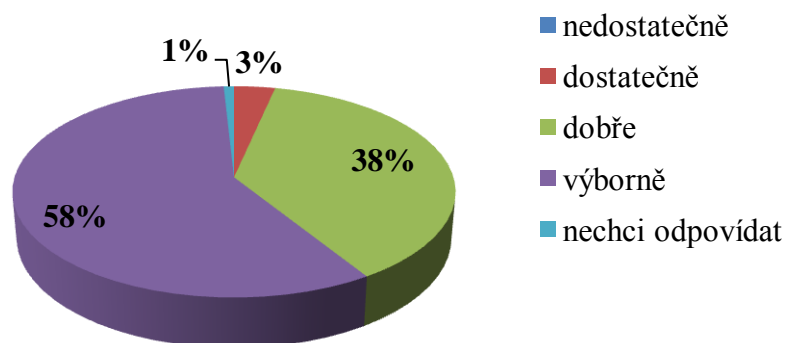
15. Jak hodnotíte pozitivní povzbuzování a uklidňování ze strany personálu nemocnice v otázce Vašeho lepšího snášení strachu z bolesti a úzkosti?



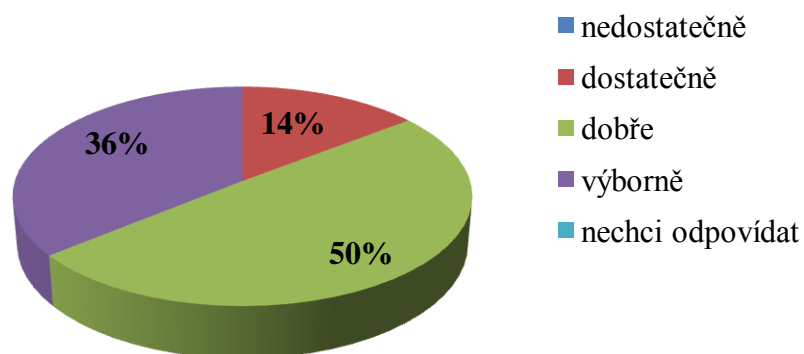
16. Jak hodnotíte možnost návštěv v nemocnici?



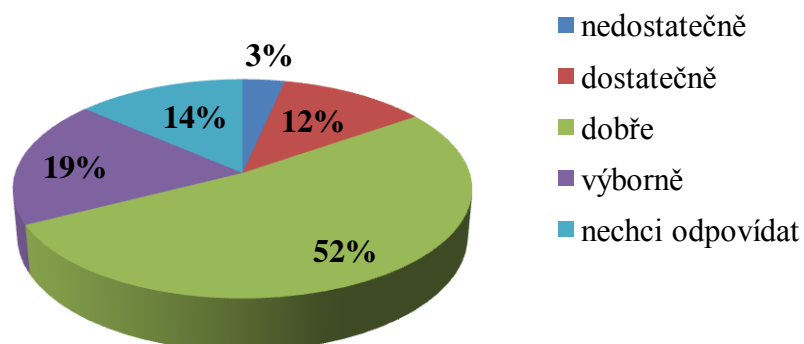
17. Jak hodnotíte čistotu v nemocnici?



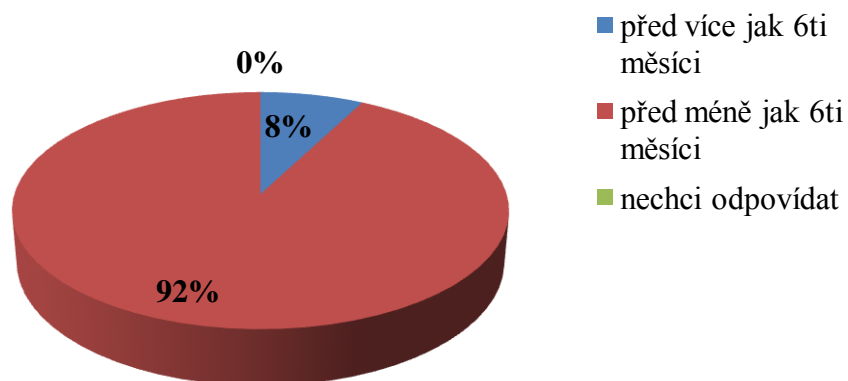
18. Jak hodnotíte útulnost prostředí nemocnice?



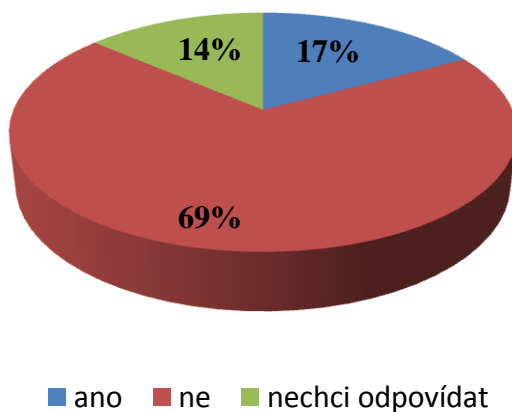
19. Jak podle Vás hodnotí Vaši příbuzní a známí zdravotní péči v této nemocnici?



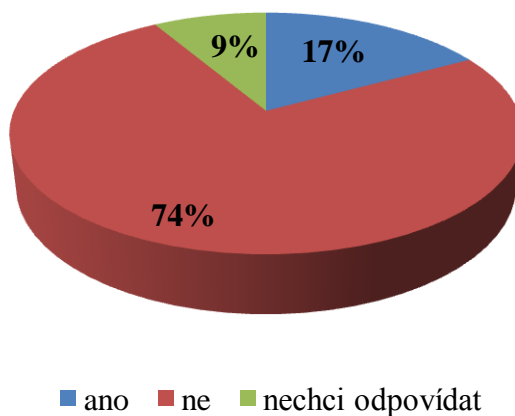
20. Kdy proběhla Vaše poslední hospitalizace v této nemocnici?



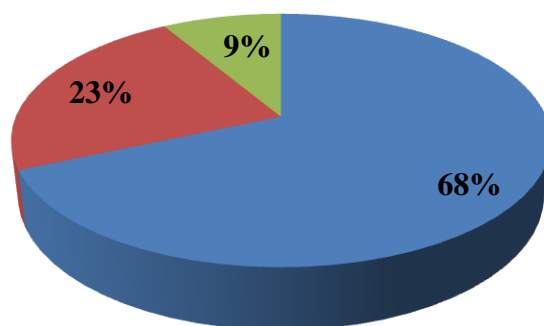
21. Zhubl/a jste neplánovaně při pobytu v nemocnici?



22. Staral se o Vaši výživu během hospitalizace nutriční terapeut nebo dietní sestra?

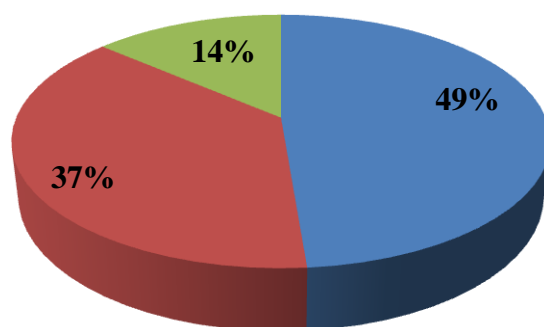


23. Chutnala Vám poskytovaná strava?



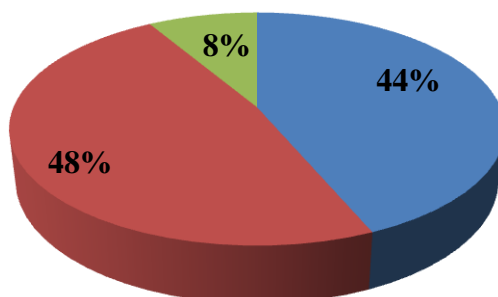
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

24. Byl sledován příjem stravy během Vašeho pobytu v nemocnici?



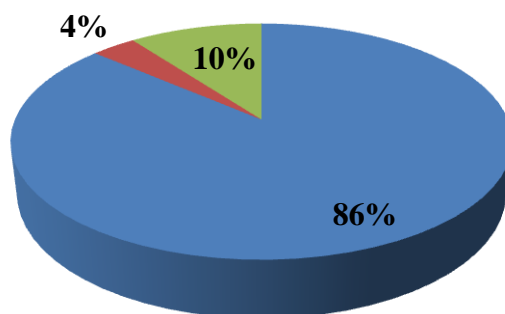
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

25. Ptal se Vás někdo při příjmu do nemocnice na úbytek hmotnosti a příjem stravy?



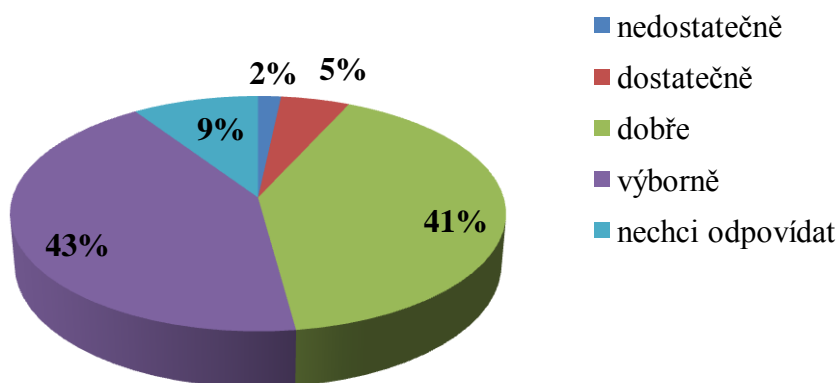
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

26. Byla po Vašem přivolání reakce zdravotnického personálu dostatečně rychlá?



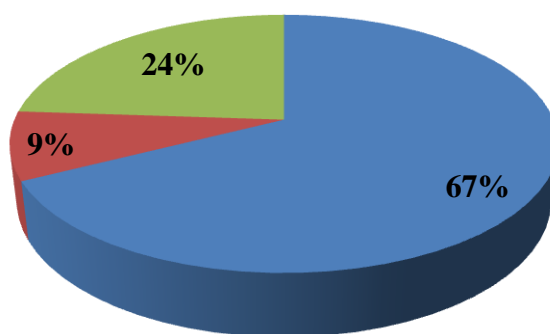
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

27. Jak jste spokojeni s kvalitou provedeného zákroku?



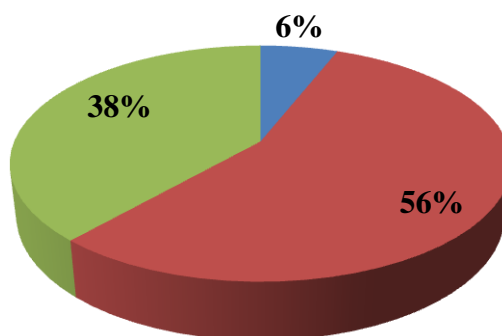
■ nedostatečně
■ dostatečně
■ dobře
■ výborně
■ nechci odpovídat

28. Ocenili byste, kdyby se pravidelně kontrolovala bezpečnost a kvalita poskytovaných služeb v nemocnicích?



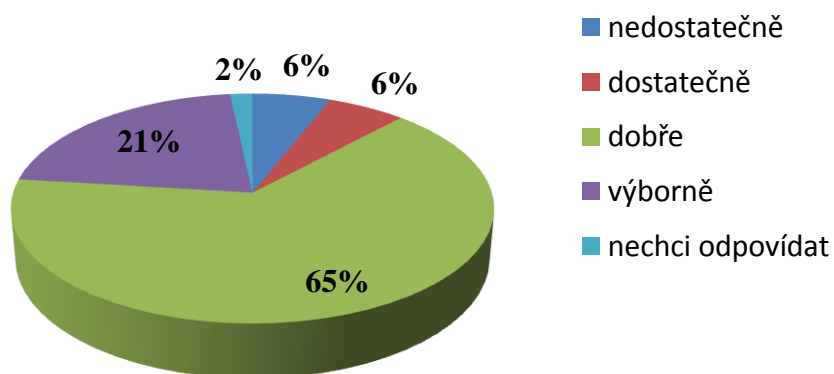
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

29. Zaznamenal/a jste v nemocnici zlepšení poskytované péče po zavedení poplatků?



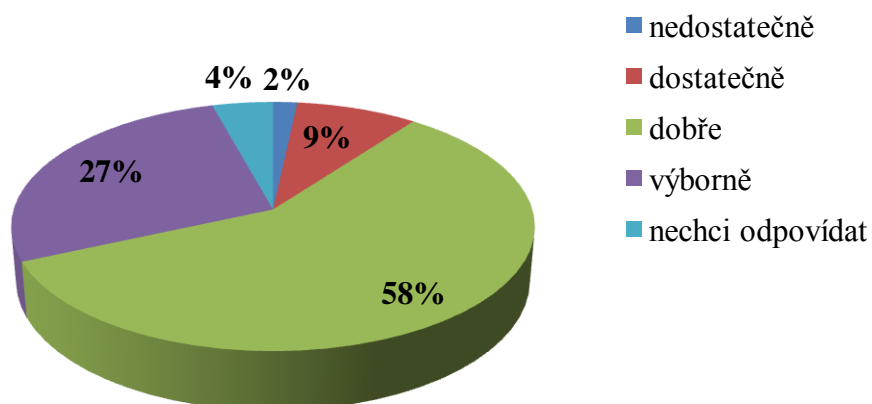
■ ano ■ ne ■ nechci odpovídat

30. Jak podle sebe hodnotíte úroveň intimity při vyšetření pacienta v nemocnici?



■ nedostatečně
■ dostatečně
■ dobře
■ výborně
■ nechci odpovídat

31. Jak podle sebe hodnotíte úroveň bezpečnosti pacienta v nemocnici?



■ nedostatečně
■ dostatečně
■ dobře
■ výborně
■ nechci odpovídat

32. Jak podle sebe hodnotíte úroveň zajištění pitného režimu pacienta v této nemocnici?

